

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

187

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri RODDIER

Né le 24 Août 1918, à Thiers (Puy-de-Dôme).

Présentée et soutenue publiquement le

19

15 MAR 1945

DE L'HYPERTENSION
AU COURS DES UVEITES.
ET DE SON TRAITEMENT

Président : M. VELTER, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, rue Deparcieux, 29

1945

2411111111

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **RODDIER.**

Prénom : **Henri.**

Date de Soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

RODDIER (Henri). — De l'hypertension au cours des uvéïtes et de son traitement. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 147 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).

RODDIER (Henri). — De l'hypertension au cours des uvéïtes et de son traitement. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 147 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).

RODDIER (Henri). — De l'hypertension au cours des uvéïtes et de son traitement. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 147 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).

RODDIER (Henri). — De l'hypertension au cours des uvéïtes et de son traitement. — Paris, Imp. R. Foulon, 1945, in-8°, 147 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1945, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1945

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Henri RODDIER

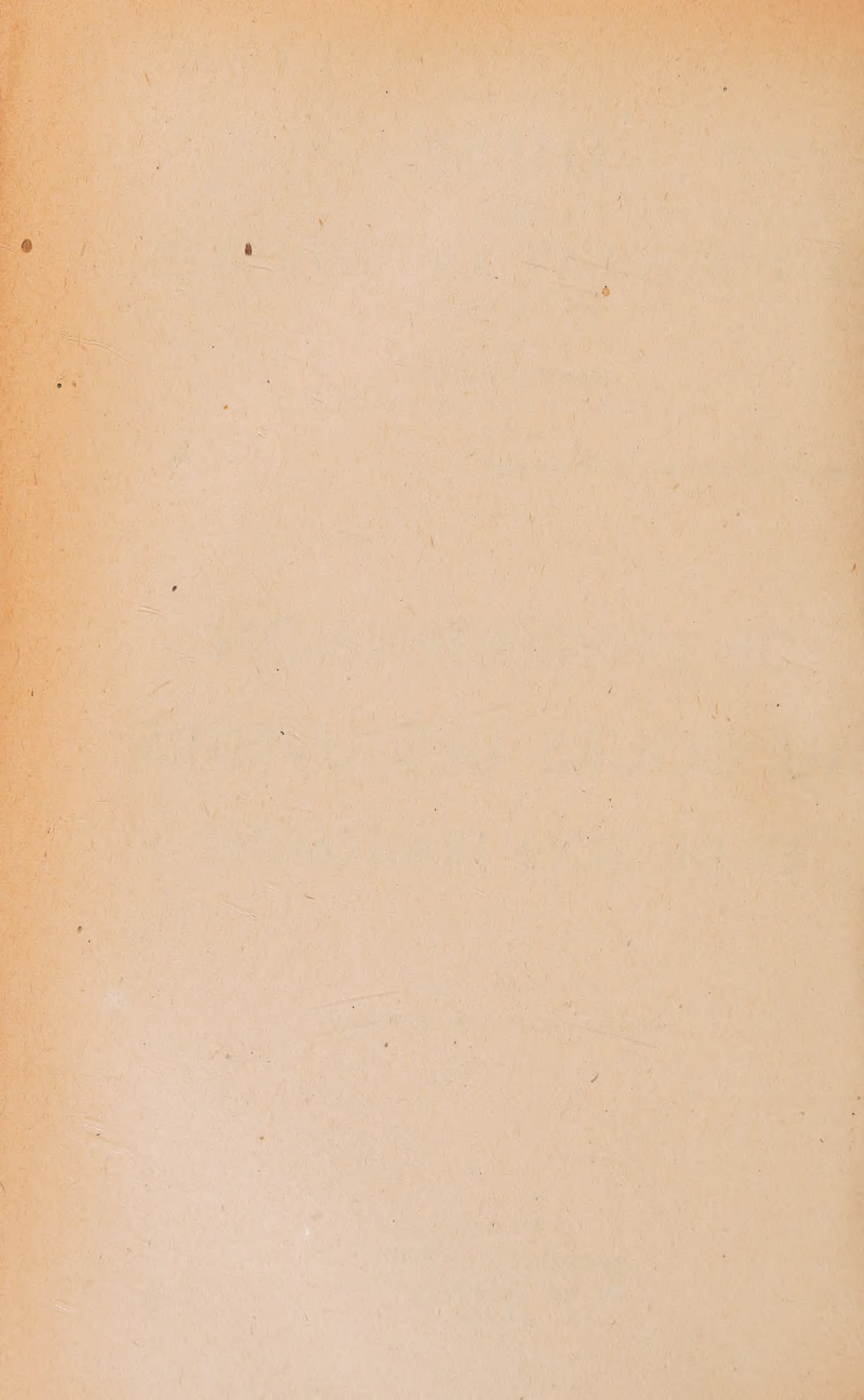
Né le 24 Août 1918, à Thiers (Puy-de-Dôme).

Présentée et soutenue publiquement le 19

DE L'HYPERTENSION
AU COURS DES UVEITES
ET DE SON TRAITEMENT

Président : M. VELTER, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, rue Deparcieux, 29
1945



DOYENS HONORAIRES :

MM. H. Roger, Balthazard, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Bar, Basset, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chiray, Claude, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, H. Roger, Roussy, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon

DOYEN BAUDOUIN

ASSESEUR LÉON BINET

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
	BROCQ.
Cliniques chirurgicales	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	LEVY-VALENSI.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
	N...
Cliniques médicales	FIESSINGER.
	HARVIER.
	P.-VALLÉRY-RADOT.
Clinique médicale propédeutique	VILLARET.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
	LANTUEJOUL.
Cliniques obstétricales	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique urologique	FÉY.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Histologie	CHAMPY.

Hydrologie thérapeutique et climatologie	MM.	JUSTIN-BESANÇON.
Hygiène et clinique de la première enfance		CATHALA.
Hygiène et médecine préventive		JOANNON.
Médecine légale et Médecine du Travail		DUVOIR.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale		PETIT-DUTAILLIS.
Pathologie expérimentale et comparée		BENARD (Henri).
Pathologie médicale		CHABROL.
Pathologie et thérapeutique générales		BAUDOUIN.
Pharmacologie et matière médicale		HAZARD.
Physiologie		BINET (Léon).
Physique médicale		STROHL.
Technique chirurgicale		MOULONGUET.
Thérapeutique		AUBERTIN.

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
 GIROUD (*Histologie*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 LAROCHE G. (*Médecine générale*), OLIVIER (*Anatomie*),
 RICHEL (*Physiologie*), VERNE, (*Histologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
Anatomie	CORDIER.	Médecine générale	DE GENNES.
	N...		HAGUENAU.
Anatomie pathologique }	DELARUE.		LELONG.
	Mlle GAUTHIER- VILLARS.		LENEGRE.
Bactériologie ..	BONNET.	Médecine légale .	MARCHAL.
Chimie médicale .	N...		MOLLARET.
	AMELINE.		MOUQUIN.
	FEVRE.		SOULIE.
	FUNK- BRENTANO.	Obstétrique ...	DESOILLE.
Chirurgie	MENEGAUX.		DIGONNET.
générale	PATEL.		LACOMME.
	SICARD.		SUREAU.
	N...	Ophtalmologie ..	N...
	N...	Oto-rhino- laryngologie ..	RENARD.
	N...	Parasitologie ...	HALPHEN.
	N...	Parasitologie coloniale	LAVIER.
Histologie	BULLIARD.	Pathologie expérimentale .	N...
Hydrologie	N...	Pharmacologie .	LEMAIRE.
Hygiène	N...	Physiologie	Mlle J. LEVY.
	BARIETY.		N...
	BERNARD (Et.).		N...
Médecine	BOULIN.		N...
générale	BROUET.	Physiologie médicale	DESGREZ (H.).
	CACHERA.	Thérapeutique ..	TURPIN.
	COSTE.	Urologie	COUVELAIRE.
	DELAY.		
	GARCIN.		

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Chirurgie générale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), PIEDELIEVRE (*Médecine légale*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

Clinique chirurgicale .	MM. GATELLIER. DE GAUDART D'ALLAINES.	Clinique O. R. L.	MM. HALPHEN.
Clinique obstétricale ...	ECALLE.	Clinique médicale	ALAJOUANINE. CHEVALLIER. LAROCHE Guy. MOREAU.

V. — CHARGES DE COURS

Puériculture	MM. LELONG	Stomatologie	MM. DECHAUME
Radiologie	LEDoux- LEBARD.		

Secrétaire de la Faculté	MM. J. MOREL
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef .. A. HAHN.
Bibliothécaires Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE
LE DOCTEUR A. RODDIER

Son exemple a tracé mon chemin.

Je lui dois tout.

A MES GRAND-MERES

A MA MERE

En faible témoignage de mon affection et de ma reconnaissance filiale.

A MA FEMME

Ma meilleure collaboratrice.

A MON FILS

AUX MIENS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. VELTER

Professeur de Clinique Ophtalmologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu

Qui a été notre premier Maître en ophtalmologie et qui nous a fait le grand honneur de bien vouloir accepter la présidence de cette thèse.

Hommage de profonde et très respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. RENARD

Ophtalmologiste de l'Hôpital Saint-Louis

*Faible témoignage de notre
profonde reconnaissance pour
tout l'intérêt qu'il nous porte,
pour les conseils éclairés et le
précieux enseignement qu'il
nous a toujours prodigués et
dont l'accueil si bienveillant
dans son service facilita gran-
dement notre travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. BREGEAT

Ophtalmologiste-Assistant des Hôpitaux de Paris

*Il m'a tellement prodigué de
marques d'intérêt qu'aucune
formule ne peut me permettre
d'exprimer ici tout ce que je lui
dois.*

*Il a guidé mes premiers pas
dans la spécialité, et c'est grâce
à lui, en particulier que j'ai pu
mener à bien cette étude.*

*Qu'il veuille bien accepter ici
l'assurance très respectueuse de
mon affectueux attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. AUBIN

Laryngologiste de l'Hôpital Broussais

Qui, après nous avoir accueilli avec tant de bienveillance dans son Service, nous a appris à aimer la spécialité en nous prodiguant sans cesse son précieux enseignement.

En témoignage de notre profond respect et de toute notre gratitude pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. CLERC

Attaché d'O. R. L. à l'Hôpital Broussais

Quelle reconnaissance ne doit-on pas à celui qui nous a appris à « voir » et nous a initié à la chirurgie otologique en nous guidant toujours de ses inlassables et utiles conseils.

Il ne trouvera ici qu'un trop faible témoignage de notre sincère attachement et de notre respectueuse affection.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. GUILLAUMAT
Ophtalmologiste de l'Hospice National des Quinze-Vingt

Respectueux hommage.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LELIEVRE
Attaché d'Ophtalmologie à l'Hôpital Saint-Louis

*Pour l'aide qu'il nous a portée
au cours de notre travail.
Respectueux hommage.*

A MESSIEURS LES DOCTEURS :
DESVIGNES, JOSEPH, OFFRET,
BLANCARD, BOUDON.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

*Qui m'enseignèrent les bases
de la médecine et de la chirurgie.*

Respectueux hommage.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet.

(in memoriam).

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

MONSIEUR LE PROFESSEUR PORTES.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELAY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEZARY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGEROT.

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE CLERMONT-FERRAND

*En hommage respectueux et
en témoignage de notre sincère
reconnaissance pour l'enseigne-
ment qu'ils nous ont prodigué.*

A MES AMIS, LES DOCTEURS :

BOITEUX, SINAUD, VERNEDE, EINHOLTZ.

HISTORIQUE

La découverte de la lampe à fente et du biomicroscope permet de distinguer deux époques dans l'étude de l'hypertension au cours des uvéites.

Avant 1911, en effet, date de cette découverte, de nombreux auteurs dont DE GRAEFE, RIDLEY, HERBERT, LEWINSTON, ont signalé l'hypertension au cours des uvéites, mais il s'agit toujours dans leurs publications, d'uvéites aiguës avec un élément réactionnel notoire.

En 1914, KOEPPE, étudiant un certain nombre de cas à l'aide du biomicroscope, formule les conclusions suivantes :

- les troubles de l'iris et du corps ciliaire sont d'une grande valeur dans l'apparition de l'hypertension oculaire;
- la lame à fente permet de différencier le glaucome primitif et les hypertensions secondaires à des uvéites.

Par la suite, MALLING, de Bergen, met en relief la grande valeur de l'examen biomicroscopique par l'étude de 105 cas d'hypertension oculaire; sans lampe à fente, il conclut à 77 glaucomes primitifs, alors qu'en s'aidant de celle-ci, il isole 62 cas d'hypertension secondaire.

TERRIEN et VEIL attirent à nouveau l'attention sur le sujet, et en 1928, MM. les Professeurs DUVERGER et

VELTER, dans leur rapport au XIII^e Congrès d'Ophtalmologie, (Amsterdam-La Haye) insistent sur les formes d'uvéites monosymptomatiques considérées comme des glaucomes chroniques primitifs, et montrent que, seul, l'examen biomicroscopique est capable de résoudre le problème.

Enfin, en 1936, WEINGOTT, de Varsovie, apporte des éléments étiologiques et pathogéniques, tandis que WEEKERS, de Bruxelles, expose la conduite thérapeutique à tenir au cours des uvéites hypertensives.

Par cette brève étude historique, nous voyons déjà l'intérêt capital de l'examen biomicroscopique dans les hypertensions oculaires, non pas tant dans les hypertensions faisant partie de l'ensemble symptomatique d'une uvéite aiguë ou subaiguë, mais bien plus dans ces hypertensions isolées, permanentes et durables, s'installant à bas bruit à la faveur d'une uvéite chronique, voire même torpide, qui pose souvent un diagnostic très difficile que seul peut résoudre l'examen systématique et soigneux à la lampe à fente.

INTRODUCTION

Les conditions cliniques dans lesquelles l'hypertension se greffe sur une uvéite, sont très différentes :

- tantôt uvéite et hypertension se partagent la symptomatologie en tant que manifestations d'une même affection,
- tantôt l'hypertension apparaît plutôt comme le symptôme dominant d'une uvéite en évolution ou déjà traitée.

L'étude des cas que nous avons pu observer nous montre que les uvéites hypertensives relèvent de causes variées, et que le syndrome hypertensif est modifié par l'intrication de symptômes propres à l'inflammation uvéale.

Nous allons envisager les modifications qu'apporte le « syndrome uvéal » au syndrome hypertensif, nous verrons ensuite de quelles formes d'uvéites il s'agit.

Puis nous essayerons de nous faire une idée du mécanisme de l'hypertension survenant au cours de ces uvéites.

Enfin, nous réserverons un chapitre particulièrement important à la thérapeutique, et nous exposerons les conclusions que nous avons cru devoir tirer, tant au point de vue médical qu'au point de vue chirurgical.

CLINIQUE

LE SYNDROME HYPERTENSIF DANS LES UVEITES

L'hypertension oculaire est un symptôme extrêmement fréquent au cours des uvéites; le fait est connu.

Mais les éléments du syndrome hypertensif tels qu'on les trouve dans le glaucome aigu ou chronique primitifs ne sont pas aussi purs dans les uvéites hypertensives; ils sont en effet modifiés par les éléments du « syndrome uvéal ».

Envisageons ces différents symptômes dans les hypertensions aiguës, puis dans les hypertensions chroniques d'origine uvéale.

A) HYPERTENSIONS AIGUES.

I. — *Le syndrome douloureux*

est fait de deux éléments qui s'intriquent :

— une douleur d'hypertension; d'intensité variable, elle est avant tout profonde, « osseuse »; elle intéresse le malaire, le frontal, la région ethmoïdale, elle irradie en arrière, jusqu'à la mastoïde, jusqu'à la nuque. A cette hémicranie s'ajoutent parfois des nausées ou

des vomissements, et même des accidents réflexes tels que : modifications du pouls, du rythme respiratoire, rarement la syncope; autant de caractères qui peuvent à première vue égarer le diagnostic;

— une douleur d'uvéïte : oculaire, elle traduit l'atteinte de l'iris; périorbitaire, temporale, elle est un signe d'irido-cyclite.

La douleur provoquée à la pression du corps ciliaire signe l'atteinte de celui-ci.

L'élément douloureux d'origine hypertensive domine en général.

Dans d'autres cas, cet élément manque; seule existe la douleur d'uvéïte : en règle assez vive, elle peut parfois se réduire au minimum et se traduire uniquement par des picotements ou par une simple sensation de gêne oculaire.

Parfois enfin, le syndrome douloureux fait défaut, même dans les cas où l'hypertension est élevée.

2. — *La Rougeur Oculaire.*

est aussi la résultante de deux éléments :

— une rougeur d'hypertension aiguë : elle est conjonctivale et intéresse autant la région bulbaire que la région périkératique, où la teinte est violacée en raison de la participation du plan vasculaire épiscléral. Les vaisseaux peuvent être sinueux et les veines sclérales antérieures dilatées à leur émergence.

— une rougeur d'uvéïte antérieure : rougeur violacée périkératique; c'est au pourtour de la cornée que la congestion est au maximum, la vascularisation s'estompant progressivement au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la cornée : cette hyperhémie s'étage en un double plan de vaisseaux dilatés :

- un plan superficiel ou conjonctival, rouge vif, mobile avec la muqueuse, dans lequel les vaisseaux présentent une sinuosité très marquée;
- un plan profond ou épiscléral, de teinte violacée, résultant de la dilatation des vaisseaux profonds, scléraux et épiscléraux.

C'est dans les cas les plus discrets que l'on pourra utiliser l'effet de l'instillation d'une goutte d'adrénaline au millième pour mettre en évidence cette atteinte sclérale périkeratique; elle disparaît en effet après celle du plan conjonctival.

Cette injection périkeratique s'accompagne souvent de photophobie, de larmoiement, à des degrés variables.

L'œdème du bord libre de la paupière supérieure est un signe fréquent de cyclite.

3. — *La Cornée*

présente plusieurs modifications au cours des uvéites hypertensives; les unes sont le fait de l'hypertension, d'autres sont imputables à l'atteinte uvéale :

a) *L'œdème Cornéen* est un des signes majeurs du syndrome hypertensif; c'est un œdème diffus et total.

Observée à l'éclairage oblique, la cornée apparaît trouble, opalescente; sa surface est mate, dépolie, d'aspect granité; le trouble kératique est égal ou inégal, en îlots, en amas, en stries, mais il affecte la cornée dans son ensemble.

Le biomicroscope précise les lésions d'œdème. La surface de la cornée, au lieu d'être comme à l'ordinaire lisse et brillante, présente un aspect chagriné; elle paraît recouverte d'une infinité de grains extrêmement fins; on a donné à cet aspect bien particulier le nom

de « buées épithéliale ». A un degré plus marqué, on pourra apercevoir de véritables bulles épithéliales. L'endothélium cornéen prend un aspect terne, la buée endothéliale traduit son envahissement par l'œdème; le trouble épithélial rend bien difficile la mise en évidence de cette buée endothéliale.

Le parenchyme cornéen s'infiltré à son tour, perd sa transparence, devient grisâtre, les corpuscules apparaissent plus nettement et semblent plus gros; cette infiltration a pour conséquence l'épaississement de la cornée, facilement constatable avec le faisceau aminci de la lampe à fente; le parenchyme cornéen présente en outre des « bosselures ».

A cette modification, la membrane de DESCOMET peut réagir en formant des plis qu'une infiltration très faible suffit du reste à produire : ces plis apparaissent sous forme de reflets linéaires à peu près parallèles, fusionnant à leurs extrémités.

Nullement proportionnel à l'augmentation pathologique du tonus, cet œdème cornéen disparaît généralement avec celui-ci; sa persistance possible après le retour de la tension à la normale traduit vraisemblablement un trouble de la perméabilité endothéliale; à la longue, il peut s'accompagner d'hypoesthésie cornéenne.

Cet œdème cornéen explique d'une part la baisse de l'acuité visuelle, d'autre part, il empêche de voir nettement ce qui est derrière la cornée, s'il est intense.

b) *Les précipités sur la Membrane de DESCOMET.*

La présence de ces précipités est le signe pathognomonique de l'atteinte ciliaire.

Parfois visibles à l'éclairage latéral et à la loupe, ils apparaissent alors sous forme de « taches de bougie » disposées en triangle à sommet pupillaire et à

base inférieure; dans la règle, les plus fins sont en haut, les plus gros en bas.

Mais lorsqu'ils sont plus fins, c'est le biomicroscope qui permet de les déceler : précipités blancs ou légèrement pigmentés sur la face postérieure de la cornée, quelquefois très petits et peu nombreux, de disposition pas toujours régulière.

Récents, ils sont ronds et « gras »; à la longue, ils se pigmentent, prennent un contour irrégulier. Lorsqu'ils sont anciens, ils revêtent un aspect « desséché », déchiqueté.

4. — *L'Humeur Aqueuse.*

Dans les cas où l'état de la cornée permet de voir les milieux intra-oculaires, on peut apprécier l'état de l'humeur aqueuse : elle est troublée; le biomicroscope peut mettre en évidence le phénomène de TYNDALL.

5. — *L'Iris.*

L'aspect de l'IRIS est modifié : il est terne; décoloré, ses reliefs sont atténués, sa trame est congestionnée. A travers le trouble de l'humeur aqueuse, on note le changement de teinte de l'iris : les iris bleus apparaissent vert sale, les iris bruns, jaunes chamois. (PANAS)

La tuméfaction du parenchyme irien est généralement diffuse, mais peut présenter des foyers d'infiltration maxima pouvant même se conglomerer pour former des nodosités, des tubercules, des condylomes. Ces diverses formations apparaissent souvent vers la périphérie de l'iris, là où la vascularisation est la plus riche, mais au voisinage de la pupille, elles ne sont pas rares.

LA PUPILLE, du fait de l'atteinte irienne, n'est pas

dilatée malgré l'hypertension : elle réagit peu ou pas à la lumière.

Plus explicites sont les EXSUDATS IRIENS qui apparaissent sur la face antérieure de l'iris ou dans l'aire pupillaire. Ce sont eux qui ternissent l'iris, qui troublent l'humeur aqueuse.

Qu'ils soient séreux, séro-fibrineux ou fibrino-plastiques, au contact de la face antérieure du cristallin, ces exsudats provoquent des synéchies postérieures, adhérences pupillo-cristalliniennes, souvent peu visibles normalement, mais responsables de l'irrégularité du contour pupillaire. Si l'adhérence est totale et comprend tout le bord pupillaire, on dit qu'il y a « séclusion pupillaire » ; c'est là que l'iris peut prendre un aspect en tomate. L'aire pupillaire peut rester normale, mais parfois elle est plus ou moins obstruée par des exsudats grisâtres ; si cette obstruction est totale, on dit qu'il y a « occlusion pupillaire ».

LA CRISTALLOÏDE ANTÉRIEURE est modifiée du fait de l'altération irienne. En effet, à l'aide du biomicroscope, on peut mettre en évidence, particulièrement dans la région pupillaire, en quantité variable, de petites taches brunes, « poussière de pigment irien ». Le biomicroscope permet en outre d'apprécier facilement, d'une part l'étendue du rebord pupillaire libre de toute adhérence.

L'existence d'un dépôt inflammatoire irien ne peut passer inaperçue ; s'il se réduit parfois à quelques amas grisâtres situés sous la cristalloïde antérieure, il peut, dans les cas extrêmes, masquer le cristallin.

Les pigments cristalloïdiens, reliquats inflammatoires, les synéchies et nodules du bord pupillaire diffèrent des reliquats de la membrane de WACHENDORFF, dont les pigments étoilés sont régulièrement disposés sur la cristalloïde antérieure et dont les reliquats s'insèrent sur la collerette.

6. — *Les Milieux.*

Si l'œdème cornéen n'est pas trop intense, il est possible, à l'éclairage indirect de mettre en évidence un trouble du vitré; au miroir plan, la lueur pupillaire est souvent invisible ou à peine visible; au miroir concave, la lueur paraît plus terne qu'à l'ordinaire, et dans le vitré, on peut observer la présence d'une quantité variable de corps flottants.

Le trouble des milieux paraît dû plus à l'uvéite qu'à l'hypertension.

7. — *Le Fond d'Œil.*

Il est souvent mal visible, soit du fait du trouble de la coriée, soit à cause des milieux, ou même des deux facteurs associés.

S'il est visible, la papille apparaît plus ou moins congestionnée, à bords plus ou moins flous, elle est vue dans un halo, comme derrière une nappe de brouillard; il est rare de noter un début d'atrophie papillaire à ce stade.

8. — *Les Troubles Visuels.*

Outre la photophobie et le larmoiement accompagnant la rougeur de l'œil et qui sont sous la dépendance de l'uvéite, LES TROUBLES VISUELS qui se manifestent au cours des uvéites hypertensives sont variés :

— les uns sont dûs à l'hypertension seule : tel est le cas des mouches volantes, des anneaux colorés autour des lumières artificielles; généralement assez marqués, ils sont inconstants; l'interposition d'un bord d'écran les différencie du simple phénomène de diffraction;

— d'autres, tels que la vision floue des objets ou

la baisse d'acuité visuelle, résultant de l'intrication de l'hypertension et de l'uvéite.

Si assez exceptionnellement, l'acuité visuelle peut être conservée, elle est en règle altérée, et parfois même réduite à la simple perception lumineuse : cette baisse de la vision est due autant à l'uvéite qu'à l'hypertension. La rapidité de la chute ou du retour de l'acuité visuelle s'explique aussi bien par l'une ou par l'autre cause.

Les lésions responsables de cette baisse d'acuité visuelle sont d'une part l'œdème de la cornée, symptôme d'hypertension, d'autre part la présence de précipités sur la membrane de DESCOMET, d'exsudats pupillaires et le trouble des milieux, symptômes uvéaux.

LE CHAMP VISUEL périphérique est généralement conservé. Très difficile à estimer en raison du déficit fonctionnel et des souffrances du malade, il peut rester pendant longtemps inaltéré ; un rétrécissement nasal demeure en faveur de la cause hypertensive.

Dans les cas aigus, on en est souvent réduit à examiner la projection lumineuse qui est généralement bonne et ceci plus longtemps que dans l'accès de glaucome aigu.

9. — *La Tension Oculaire.*

La recherche de l'hypertension peut se faire par deux méthodes :

- soit la méthode digitale,
- soit la méthode tonométrique.

a) *La Méthode digitale.*

On essaye d'apprécier le degré de tension de l'œil en palpant le globe oculaire avec les deux index appuyés

alternativement sur la paupière supérieure → l'œil regardant en bas — comme pour rechercher la fluctuation d'un kyste. On arrive ainsi, par comparaison avec l'œil sain ou avec l'œil de l'observateur, à apprécier l'hypertension et ses différents degrés.

Mais cette méthode, rapide et simple, manque de précision en raison des variations d'appréciation d'un observateur à l'autre et de l'approximation de la mesure pour un même observateur. Aussi, pour une appréciation plus exacte, est-il préférable d'avoir recours à la méthode tonométrique.

b) *La Méthode Tonométrique.*

Plus compliquée que la précédente et nécessitant une instrumentation spéciale, elle est néanmoins beaucoup plus précise et permet d'obtenir des résultats comparatifs si on a le soin d'indiquer avec quel instrument a été effectuée antérieurement la prise de la tension oculaire.

On utilise de préférence les tonomètres de SCHIOTZ ou de BAILLART, ce dernier n'exigeant pas la position couchée pour la mesure.

Après anesthésie préalable à la butelline ou à l'holocaïne, qui ne modifient pas l'état tensionnel, on applique l'appareil stérilisé sur la cornée et l'on obtient un chiffre qui, chez le sujet normal, varie de 15 à 25 millimètres de Mercure.

Au cours de l'hypertension aiguë, la tension oculaire est généralement supérieure à 60 millimètres de Mercure, l'œil est dur « comme une bille de verre » et le tonomètre ne fait que préciser numériquement un diagnostic digital.

Une tension aussi élevée n'est généralement pas sta-

ble; quoi qu'il en soit, elle nécessite un traitement d'urgence que nous envisagerons ultérieurement.

En somme, l'on se trouve devant un syndrome de glaucome aigu caractérisé par :

- l'hémicranie
- l'œdème cornéen
- la rougeur oculaire
- l'hypertension

mais dans lequel s'intriquent des signes d'atteinte uvéale indiscutable :

- l'injection périkeratique
- les précipités sur la DESCOMET
- les exsudats pupillaires
- les troubles des milieux.

Ainsi le diagnostic se pose de deux façons :

- ou bien une uvéite diagnostiquée fait une poussée d'hypertension,
- ou bien un diagnostic de glaucome aigu est infirmé par la présence de signes d'uvéite permettant de rattacher cet accès paroxystique à sa véritable cause.

Dans le premier cas, le diagnostic de l'hypertension est relativement facile par l'examen complet du malade et tout l'intérêt est dans le pronostic de l'uvéite.

Dans le second cas, c'est, d'une part l'impureté de la symptomatologie glaucomateuse, d'autre part l'examen biomicroscopique qui infirmeront le diagnostic de glaucome aigu primitif.

B) HYPERTENSIONS CHRONIQUES.

La Douleur.

Au cours des hypertensions chroniques d'uvéites, la douleur est en règle peu marquée ou inexistante; la gêne oculaire n'est pas caractéristique; les sensations de picotements ne le sont pas davantage.

La Rougeur Oculaire

est un symptôme qui fait défaut dans la majorité des cas; légère, par sa topographie périkératique, elle oriente vers une atteinte uvéale discrète et qu'il faudra rechercher.

En effet, *l'examen à l'éclairage latéral et à la loupe* ne va bien souvent révéler aucune modification morphologique pathognomonique,

- la cornée est claire et bien transparente,
- l'humeur aqueuse n'est nullement troublée,
- la trame irienne apparaît normale,
- la pupille est légèrement dilatée, mais elle ne présente pas d'irrégularités de contours, s'il n'y a pas d'atteinte irienne,
- les réactions pupillaires sont souvent très affaiblies et il est même difficile d'en constater la présence, tant à la lumière qu'à la convergence. Quelquefois, une pupille immobile, un iris comme « sidéré » peuvent faire penser à une poussée hypertensive antérieure.

L'examen à l'éclairage indirect n'apporte pas un appoint décisif au diagnostic; en effet :

- d'une part les milieux oculaires sont normaux,
- d'autre part, le fond d'œil reste longtemps sans

altération; parfois cependant on peut noter une papille un peu pâle ou légèrement excavée.

L'examen biomicroscopique permet seul un diagnostic précis :

— Sur la membrane de DESCOMET, il montre la présence de précipités : ces précipités sont en général peu nombreux et très fins; ils ne se disposent en outre pas toujours suivant la forme triangulaire habituelle.

— Dans l'humeur aqueuse, on peut rencontrer le phénomène de TYNDALL, mais le fait est rare.

— L'iris paraît normal, quelquefois un peu congestionné.

— Dans l'espace rétro-cristallinien, on peut parfois mettre en évidence la présence de quelques étoiles d'or dans le vitré antérieur, ainsi que l'ont montré MM. les Professeurs DUVERGER et VELTER dans leur rapport sur « La Sclérecto-Iridectomie de LAGRANGE comme Traitement du Glaucome Chronique » (Congrès d'Amsterdam-La Haye, 1928).

Les Troubles Visuels

sont en général peu marqués :

— *L'Acuité Visuelle* est généralement conservée ; le fait n'est pas pour nous surprendre, étant donné les causes de son altération et son évolution au cours des formes aiguës; sa baisse lentement progressive ou rapide en quelques jours traduit la souffrance du globe par l'hypertension et amène souvent le malade à consulter.

— *Le Champ Visuel Périphérique* est inaltéré ou légèrement rétréci, mais pas toujours selon les lois du glaucome chronique primitif; si l'on rencontre le plus souvent un rétrécissement nasal, il est également possible de mettre en évidence une altération périmétrique

à début temporel. D'autres fois enfin, le champ visuel est rétréci d'une manière irrégulièrement concentrique comme dans l'atrophie optique primitive.

La Tension Oculaire

est variable; il est rare de rencontrer au cours d'une hypertension chronique des chiffres tonométriques élevés; le plus souvent la tension est modérée et varie de 30 à 50 millimètres de Mercure.

En somme, le tableau clinique comporte des signes d'hypertension, mais pas toujours purs, et des signes d'uvéite en général discrets et qu'il faut rechercher.

Ou bien, on est en présence d'une uvéite torpide ou d'allure bénigne, et l'examen systématique met en évidence l'hypertension latente,

Ou bien, et plus souvent, on constate facilement une hypertension moyenne ou modérée et un examen poussé, biomicroscopique en particulier révèle de fins précipités sur la Membrane de DESCMET ou le phénomène de TYNDALL dans la Chambre Antérieure, parfois même uniquement quelques étoiles d'or ou un léger trouble dans le vitré antérieur.

La présence d'un seul de ces signes infirme le diagnostic de glaucome chronique et rapporte cette hypertension à sa véritable cause : le fait est d'importance, puisque la thérapeutique en découle.

LES FORMES ANATOMO-CLINIQUES D'UVEITES HYPERTENSIVES

N'importe quelle uvéite peut être hypertensive, mais, et ceci pour des raisons que nous verrons plus loin, toutes les uvéites ne sont pas hypertensives.

L'observation clinique montre que :

— *les uvéites postérieures* sont en règle sans action sur le tonus, ou bien hypotensives : telles les uvéites des décollements de rétine. Parfois cependant, elles peuvent être hypertensives,

— *les uvéites antérieures* sont celles qui s'accompagnent le plus souvent d'hypertension. Pour leur étude, nous conserverons la classification anatomo-clinique habituelle en :

- uvéites séreuses
- uvéites exsudatives fibrinoplastiques
- uvéites purulentes.

Cette classification est très arbitraire certes, mais elle nous permet de simplifier notre exposé et de montrer qu'il existe des hypertensions qui résultent de l'uvéite elle-même (hypersécrétion) et d'autres d'une complication de l'uvéite (séclusion pupillaire des uvéites fibrinoplastiques.

A. — UVÉITES SÉREUSES.

Elles peuvent être :

- aiguës
- subaiguës
- ou chroniques.

Aiguës et Subaiguës.

Nous rappelons leurs symptômes majeurs dont le début peut être brusque ou progressif et rapide :

- une douleur et une rougeur oculaires marquées,
- un œdème cornéen plus ou moins accusé,
- une pupille légèrement irrégulière de contours et aux réactions un peu affaiblies,
- des précipités souvent ténus de volume variable surtout abondants à la partie inférieure de la Membrane de DESCOMET,
- des opacités très fines dans les parties antérieures du vitré,
- un fond d'œil normal,
- une hypertension au chiffre variable, de 40 à 80 millimètres de Mercure habituellement,
- l'acuité visuelle dépend, nous l'avons déjà dit, de l'intensité du trouble de la cornée et des milieux; c'est dire sa variabilité,
- le Champ visuel est le plus souvent normal, au moins au début.

Sous l'influence du traitement, l'uvéite séreuse peut guérir, en un temps plus ou moins long.

LES PHÉNOMÈNES RÉACTIONNELS s'estompent et finissent par disparaître.

L'HYPERTENSION peut évoluer de différentes manières :

— tantôt elle persiste élevée pendant quelques jours, puis redescend à la normale,

— tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, cette hypertension évolue « par poussées » : on assiste même à des alternances d'hypertension et d'hypotension qui sont propres aux uvéites; la tension tend à redevenir normale, atteint un chiffre voisin ou même inférieur à

la tension physiologique, puis plus ou moins rapidement, apparaît une nouvelle poussée d'hypertension, entraînant les modifications morphologiques que nous connaissons; après ce stade d'hypertension de durée variable, la poussée finit par s'éteindre. Ainsi, au cours d'une uvéite pourrions-nous assister à plusieurs poussées successives d'hypertension.

— d'autres fois, après une phase de tension normale qui a succédé à une poussée hypertensive, on voit la tension oculaire s'abaisser. Cette hypotension, si elle devient durable, aggrave nettement le pronostic: l'aboutissant peut être alors l'atrophie du globe,

— enfin parfois, l'hypertension peut être modérée et continue tant que dure l'uvéite avec bonne compensation en général de l'acuité visuelle et du champ visuel.

DES RELIQUATS D'ŒDÈME CORNÉEN persistent souvent, sous forme de piqueté épithélial ou de plicatures, de marbrures de la membrane de DESCMET, ou encore de bosselures interstitielles, qui par la rupture du parallélisme des lames cornéennes qu'elles entraînent, rendent cette cornée plus translucide que transparente.

Ces reliquats d'œdème cornéen peuvent persister longtemps, même quand l'hypertension a cessé. Il s'agit peut-être d'un trouble de la perméabilité de l'endothélium cornéen, mais ce n'est là qu'une hypothèse.

A la longue, LES PRÉCIPITÉS de la membrane de DESCMET se dessèchent, se pigmentent, et prennent un aspect déchiqueté.

L'IRIS peut reprendre une apparence à peu près normale, mais si la phase d'hypertension a eu quelque durée, si minime eut-elle été, il persiste souvent des séquelles :

— la pupille reste « sidérée » après la poussée; elle

est irrégulière, polygonale à angles arrondis, plus ou moins elliptique : elle reste immobile ;

— l'aire pupillaire est parsemée de dépôts pigmentaires iriens ;

— l'iris perd son apparence œdémateuse, mais il présente des zones d'atrophie noirâtre, qui correspondent à la vision directe de son feuillet postérieur.

Le retour de l'ACUITÉ VISUELLE et du CHAMP VISUEL à la normale est la règle après la poussée d'hypertension.

En somme, l'uvéite séreuse hypertensive aiguë, dont le diagnostic est relativement facile, ne laisse pas d'importantes séquelles fonctionnelles lorsqu'elle guérit.

Chroniques.

Dans les formes chroniques d'uvéites séreuses hypertensives, l'œil est calme, la papille est normale, l'acuité visuelle et le champ visuel sont conservés, longtemps intacts.

Il est rare de rencontrer une hypertension élevée ; il s'agit en général d'une hypertension modérée latente continue, comme dans le glaucome chronique primitif.

Nous avons déjà vu que si le champ visuel s'altère, ce trouble n'affecte pas toujours un caractère systématisé comme dans le glaucome chronique primitif.

Le fond d'œil est longtemps normal, plus longtemps que dans le glaucome chronique, semble-t-il, puis la papille s'excave progressivement et l'atrophie apparaît. D'autres fois, l'atrophie prime l'excavation ou même existe sans elle, comme si elle était le résultat d'une névrite associée à l'uvéite ; ce fait n'est pas pour nous étonner : l'œdème papillaire inflammatoire s'observe fréquemment dans les uvéites postérieures.

C'est dans ces formes d'hypertension chronique à début insidieux que l'on doit tout mettre en jeu pour la recherche d'un signe d'uvéite : gêne visuelle, myodésopsies, brouillards intermittents, fins précipités, trouble de l'humeur aqueuse, étoiles d'or dans le vitré antérieur, trouble de l'espace rétro-cristallinien.

Ce sont ces formes paucisymptomatiques d'uvéite hypertensive où le diagnostic est souvent très difficile. On est en présence de signes évoquant un tableau de glaucome chronique et un examen approfondi infirme ce diagnostic.

Parfois même, la forme est monosymptomatique : une hypertension oculaire et c'est tout; et pourtant le diagnostic de glaucome primitif ne satisfait pas l'esprit car on se trouve en présence d'un malade souvent jeune : une mise en observation de quelques semaines permet de trouver quelquefois des alternances d'hypertension et d'hypotension : c'est là un symptôme plus en faveur d'une uvéite inflammatoire que d'un glaucome primitif.

D'autres fois, une sclérecto-iridectomie de LAGRANGE typique et sans incident, ne filtre pas : on peut alors se demander s'il n'y a pas une uvéite inflammatoire à la base.

Si le traitement médical ne suffit pas; nous verrons que, dans les formes chroniques, on peut attendre beaucoup plus du traitement chirurgical qui semble devoir être institué aux premiers signes de souffrance du globe.

Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi : parfois sur ce fond d'hypertension latente, se greffent des poussées d'hypertension paroxystique avec œdème de cornée, rougeur oculaire, chute de l'acuité visuelle alors que le champ visuel demeure à peu près normal.

Au cours de ces uvéites hypertensives, rien ne per-

met d'affirmer, mais tout laisse prévoir qu'une poussée d'hypertension paroxystique est en rapport avec une poussée d'uvéite.

Il est enfin des formes torpides d'uvéite avec hypotonie qui donnent un jour une hypertension modérée mais durable.

B. — UVÉITES EXSUDATIVES FIBRINOPLASTIQUES.

Qu'elles soient aiguës, subaiguës ou chroniques, elles peuvent être hypertensives.

Les phénomènes réactionnels ne diffèrent en rien de ceux que l'on rencontre au cours des uvéites hypertensives séreuses. Par contre, le caractère dominant réside dans la présence d'exsudats fibrineux pré-cristalloïdiens et souvent d'exsudats du vitré; les premiers déterminent la formation de synéchies irido-cristalliniennes rendant la pupille irrégulière et non ou mal dilatable par les mydriatiques; les seconds rendent le fond d'œil inéclairable ou tout au moins mal éclairable. Ces deux symptômes entrent en grande partie dans la cause de baisse d'acuité visuelle, toujours manifeste au cours de ces formes.

L'hypertension oculaire est variable : elle est en règle plus élevée que dans les uvéites séreuses.

Si la cause de l'uvéite est jugulée, l'hypertension réduite, l'acuité visuelle peut rester basse à cause des exsudats, le fond d'œil reste longtemps mal éclairable et si le champ visuel est irrégulièrement rétréci, que la projection lumineuse soit douteuse, c'est là qu'on peut penser à l'atteinte associée du nerf optique. Parfois après l'orage, même de courte durée, les milieux s'éclaircissent et laissent voir une papille plus décolorée qu'excavée, tandis que la vision reste basse, preuve de l'atteinte infectieuse plus qu'hypertensive.

Mais il est une hypertension bien particulière que l'on trouve dans ces formes : c'est une hypertension mécanique due à une complication de cette uvéite fibrinoplastique, nous voulons parler de la SÉCLUSION PUPILLAIRE. L'iris, du fait de la soudure de son bord pupillaire à la cristalloïde antérieure peut prendre un aspect « en tomate » sous la poussée de l'humeur aqueuse, qui, de la chambre postérieure, ne peut plus passer dans la chambre antérieure; la partie moyenne de l'iris bombe alors en avant dans la chambre antérieure, atteint parfois dans les cas extrêmes la face postérieure de la cornée, donnant à la chambre antérieure un aspect en entonnoir.

L'hypertension est élevée, pouvant atteindre un chiffre voisin de 100 millimètres de Mercure, on note parfois un œdème cornéen plus ou moins marqué, l'œil peut être très rouge et très douloureux.

Son traitement est très particulier : avant tout chirurgical, une intervention d'urgence appropriée s'impose pour détendre ce globe hypertendu.

Parmi les uvéites fibrino-plastiques, nous voulons faire une place à part à l'OPHTALMIE SYMPATHIQUE à cause de son mauvais pronostic et de la difficulté de son traitement :

Uvéite subaiguë grave survenant sur un œil sain quelques semaines après que l'autre œil, atteint le plus souvent de plaie perforante, ait aussi présenté des phénomènes d'uvéite plastique.

Affection rare, mais combien grave, qui par son évolution souvent ondulante et traînante, finit par aboutir à la cécité. On sait que l'hypertension oculaire s'y rencontre dans la majorité des cas, soit comme symptôme d'uvéite séreuse soit comme conséquence d'une séclusion pupillaire, d'uvéite plastique.

Cette hypertension est tenace, résiste aux myoti-

ques comme aux mydriatiques judicieusement employés. Elle aggrave encore le pronostic de l'affection, et son traitement est très difficile.

C. — UVÉITES PURULENTES.

Ces formes d'uvéites sont en général hypertensives. Elles surviennent soit à la suite de plaies pénétrantes ou d'inoculations septiques du globe, soit comme complications post-opératoires, principalement à la suite d'extraction de cataracte.

La nature du microbe en cause ne semble pas donner à l'affection une allure clinique particulière; il s'agit le plus souvent de streptocoques, de staphylocoques, de pneumocoques.

Ces formes d'uvéites purulentes hypertensives débuent vers le deuxième ou troisième jour qui suit le traumatisme, que celui-ci soit accidentel ou opératoire : elles se caractérisent par :

- des douleurs oculaires intenses,
- un œdème palpébral en règle assez marqué,
- une agglutination des cils par des exsudats purulents,

Après l'ouverture des paupières, on note :

- que l'œil est rouge et qu'une sécrétion purulente blanchâtre borde la plaie coaptée,
- la cornée peut être intacte, mais par contre l'humeur aqueuse est très troublée, rendant trouble la vision de l'iris et invisible le fond d'œil.

Enfin, si l'on apprécie digitalement et prudemment la tension oculaire, celle-ci révèle le plus souvent un œil très hypertendu.

Rapidement on assiste à l'apparition d'un hypopion

et à la formation d'exsudats péripupillaires, aboutissant au milieu de douleurs de plus en plus vives et en peu de temps à la panophtalmie si le traitement sulfamidé et la thérapeutique de choc n'arrêtent pas la marche de l'affection, dont, le pronostic est particulièrement grave.

L'uvéite métastatique hypertensive réalise un tableau clinique à peu près identique, mais la gravité du pronostic local est dominée par la gravité du pronostic général.

CAUSES DES UVÉITES HYPERTENSIVES

L'Uvéite hypertensive reconnue, il importe au maximum de mettre sa cause en évidence : nous verrons en effet que le traitement étiologique est le traitement majeur de l'uvéite, et par là même de l'hypertension qu'elle entraîne; c'est dire la minutie à apporter dans cette recherche étiologique.

La cause de l'uvéite hypertensive est :

- parfois évidente par la symptomatologie et par les antécédents du malade,
- parfois mise en évidence par l'étude du terrain. les réactions sérologiques, les épreuves de laboratoire,
- parfois suspectée seulement par l'allure clinique : on fait alors un essai thérapeutique étiologique.

Les Uvéites hypertensives peuvent être, comme toutes les uvéites, de causes oculaires; elles peuvent aussi relever d'infections locales ou d'affections générales.

A) UVÉITES HYPERTENSIVES DE CAUSES OCULAIRES.

I. — *Traumatiques.*

Traumatiques ces uvéites peuvent survenir :

- à la suite de contusion du globe

elles se manifestent par une douleur et une hypertension oculaire. La présence de quelques synéchies iriennes, de quelques précipités discrets prouve, qu'il semble s'agir moins d'une hypertension traumatique que d'une hypertension d'uvéite réactionnelle au traumatisme.

— *au cours de plaies pénétrantes*

ce sont avant tout des uvéites antérieures :

- quelques fois purulentes, hypertensives, elles débutent dans les tous premiers jours qui suivent l'accident et commencent à se manifester par un trouble de la chambre antérieure, qui semble remplie de micelles; à ce stade puriforme succède le plus souvent un stade purulent avec hypopion total.

Son pronostic est grave et le traitement a pour but principal d'éviter la panophtalmie.

- d'autres fois fibrino-plastiques; plus tardives, elles ont une évolution subaiguë et sont un facteur possible d'ophtalmie sympathique.

2. — *Opératoires.*

Les uvéites post-opératoires sont surtout consécutives aux extractions de cataracte; souvent hypertensives, elles réalisent des tableaux cliniques différents suivant leur date d'apparition :

- *Les unes sont précoces*, survenant le deuxième jour après l'opération; ce sont en général des uvéites aiguës purulentes. Douloureuses et hypertensives, elles s'accompagnent de chémosis; des infiltrats blanchâtres partant de la plaie opératoire gagnent la chambre antérieure qui est troublée. L'évolution peut se faire vers la panophtal-

mie, avec intensification de la douleur et de l'hypertension; la chambre antérieure est alors le siège d'un hypopion total.

- *Les autres sont plus tardives* : débutant du huitième au quinzième jour après l'intervention, elles ont une évolution subaiguë; elles peuvent survenir quelque soit le procédé auquel on a eu recours pour l'extraction du cristallin.

Après les extractions partielles, ce sont par exemple des irido-cyclites phako-anaphylactiques.

La rougeur oculaire accompagnée de photophobie et de larmoievements, la pupille mal dilatée, l'apparition de synéchies et surtout l'hypertension traduisent l'irritation du tractus uvéal par les masses cristalliniennes restantes.

Après les extractions totales, une issue du vitré peut se produire sans qu'une iridectomie ait été faite, même si l'iris a été minutieusement remis en place par réduction à la spatule.

Entre le huitième et le quinzième jour apparaissent des picotements, de vagues douleurs sur la paupière supérieure — (à type de sensations de gravier.) —, de la photophobie, une rougeur oculaire et de l'hypertension. Et peu à peu en un mois environ, l'iris s'avale vers le haut. Finalement, le bord supérieur de la pupille est recroquevillé sous la cicatrice cornéenne à laquelle il adhère, tandis que le bord inférieur est tendu et ascensionné : la pupille présente alors un aspect « en gueule de four ». Parfois l'ascension pupillaire est encore plus accentuée et la pupille apparaît comme un étroit orifice sous la partie supérieure de la cornée.

3. — *Associés à des Affections du segment antérieur.*

Pour être complets, il importe de mentionner parmi mes uvéites hypertensives de causes oculaires, celles qui surviennent au cours de l'évolution de certains ulcères de cornées ou de kératites interstitielles.

- *Au cours des ulcères de cornée* l'hypertension de l'uvéite entraîne une gêne dans la conduite du traitement de l'ulcère.
- *A l'acmé des kératites interstitielles*, surtout syphilitiques ou hérédosyphilitiques, lorsque l'infiltration cornéenne par les vaisseaux donne à la cornée sa coloration rouge cerise, peut survenir une uvéite hypertensive.

B) UVÉITES HYPERTENSIVES DUES A DES INFECTIONS FOCALLES.

Dans certains cas, on admet qu'il s'agit d'une infection focale secondaire à un foyer infectieux, soit de voisinage, soit plus éloigné.

Uvéites et Sinusites.

L'existence d'uvéites consécutives aux sinusites n'est pas douteuse, malgré le petit nombre de publications. Sans doute convient-il de se montrer très circonspect quant à l'étiologie de ces lésions uvéales et de se méfier de simples coïncidences.

Il n'existe pas de caractères distinctifs susceptibles de dénoncer l'origine sinusienne de ces uvéites, qui peuvent prendre la forme séreuse ou plastique et s'accompagner d'hypertension. Toutefois, les preuves du traitement rhinologique (cure radicale des ethmoïdo-antri-

tes) sur l'évolution des lésions permettent de rattacher à l'affection sinusienne avérées au latente. La rapidité d'action du traitement de l'infection causale — et ceci est valable pour toutes les infections focales — est à la fois une confirmation diagnostique et la preuve de l'existence même de ces facteurs d'uvéite.

Uvéites d'origine Pharyngo-Tonsillaire.

Sans doute ne suffit-il pas pour incriminer les tonsilles, de constater l'existence de grosses amygdales, de végétations infectées : il ne faut pas se contenter d'établir la concomitance des deux affections, mais surtout leurs relations de cause à effet.

Une analyse très poussée des commémoratifs, des conditions d'apparitions des accidents oculaires, parfois en liaison directe avec une poussée aiguë d'angine le parallélisme des récurrences y aideront puissamment. Mais le plus souvent, c'est le résultat du traitement pharyngé qui fournira la preuve étiologique.

Après échec des médicaments classiques, il ne faut pas hésiter, autant que faire se peut en présence d'uvéite sérieuse et surtout récidivante réaliser la désinfection du cavum et des cryptes tonsillaires, si quelque présomption existe de leur influence pathogène.

Uvéites et lésions dentaires.

Ce ne sont pas infections aiguës douloureuses des dents qui retentissent le plus souvent sur l'uvéite et l'œil en général; bien au contraire, la plupart des manifestations oculaires sont consécutives à des foyers très limités, ne s'accompagnant, que d'un minimum de signes cliniques, parfois même absolument silencieux : seule la radiographie permet souvent de les mettre en évidence. Il s'agit le plus souvent d'un granulome den-

taire et les dents le plus souvent en cause sont des dents sous-sinusiennes.

Les uvéites de causes dentaires n'affectent pas un type clinique spécial, et leurs caractères ne s'écartent pas de ceux des infections banales : elles sont parfois hypertensives.

Seule l'épreuve thérapeutique permet de confirmer le diagnostic. Des résultats de ces traitements dentaires sont parfois impressionnants : des uvéites traînantes sont modifiées en quelques jours avec disparition des symptômes jusque là tenaces.

C'est à propos des causes dentaires que les auteurs américains ont incriminé le *steptococcus viridans*, qui aurait une affinité toute spéciale pour l'uvéée.

En conclusion, toutes les fois qu'une uvéite demeure d'étiologie incertaine, il faut porter systématiquement son attention sur les cavités de la face; s'entourer dans toute la mesure du possible au cours des investigations des garanties du laboratoire, ne pas hésiter à supprimer tout foyer infectieux qui paraîtrait suspect.

Uvéites et Lésions à distance.

Il est enfin des cas où l'uvéite hypertensive ne semble relever d'aucune étiologie; ce n'est en effet qu'à l'interrogatoire minutieux sur l'état général du malade qui pourra éveiller l'idée d'une relation entre l'état oculaire et une affection digestive ou génito-urinaire subaiguë, parfois même torpide, ne se manifestant que par des poussées épisodiques coïncidant avec une aggravation momentanée de l'uvéite.

Ainsi s'agira-t-il parfois d'une appendicite chronique, d'une colite subaiguë, d'autres fois, on pourra penser à une prostatite, à une salpingo-ovarite, à une métrite chroniques.

Enfin, on devra toujours rechercher une coli-bacil-

lose, car elle est une cause d'uvéite hypertensive : un examen d'urines prélevées aseptiquement pourra confirmer cette étiologie.

Pour en terminer avec les infections focales, signalons que c'est à propos de celles-ci que le mécanisme des uvéites a été fortement discuté.

- Il s'agit pour les uns d'hémosporie,
- pour d'autres de phénomènes vaso-moteurs à distance,
- pour les autres enfin d'un phénomène allergique.

C) UVÉITES HYPERTENSIVES DUES A DES AFFECTIONS GÉNÉRALES.

Multiplés sont les causes d'uvéites hypertensives relevant d'affections générales. Certaines sont exceptionnelles; leur diagnostic paraît évident au milieu d'un tableau évocateur; tels sont par exemple,

- les uvéites de l'Actinomycose,
- les uvéites de la Lèpre,
- ainsi que celles survenant au cours de l'évolution d'une spirochétose ictéro-hémorragique ou de la dysenterie bacillaire.

AFFECTIONS MICROBIENNES.

La Gonococcie.

Rare est l'uvéite gonococcique, elle réalise le tableau clinique de l'uvéite hypertensive; elle est souvent bilatérale et les rechutes sont fréquentes; outre sa tendance à revêtir la forme fibrino-plastique son apparition est brusque, sa terminaison assez rapide avec restitutio ad integrum, mais elle peut récidiver.

Son étiologie sera surtout basée sur l'existence d'antécédents uréthraux; la gono-réaction n'a en effet qu'une valeur toute relative car elle est quelques fois positive en l'absence de gonocoque.

Le Rhumatisme

est une étiologie qui a eu longtemps la faveur des ophtalmologistes.

Mais les uvéites sont rares au cours du rhumatisme articulaire aigu. Quelques fois on peut se demander s'il ne s'agit pas d'une étiologie tuberculeuse indirecte (rhumatisme tuberculeux de Poncet); c'est alors qu'il faut avoir recours à un examen complet du malade et surtout à l'aide du laboratoire.

Beaucoup plus fréquente du reste est l'uvéite du rhumatisme chronique; évoluant par poussées subaiguës elle est particulièrement riche en synéchies, si elle est hypertensive c'est surtout par la séclusion pupillaire qu'elle détermine.

La Syphilis.

Plus rare qu'on ne l'admet — l'action du cyanure de mercure n'étant pas une preuve étiologique puisque ce merveilleux médicament n'agit pas forcément comme antisiphilitique mais aussi comme désinfectant général ou désensibilisant — sa responsabilité est toutefois hors de doute.

— Dans certaines formes de la PÉRIODE SECONDAIRE où elle peut déterminer :

- soit une iritis papuleuse hypertensive avec des petits nodules sur la face antérieure de l'iris,

— soit une iritis séreuse hypertensive.

Par son allure clinique, la première forme éveille d'emblée l'idée d'une affection spécifique. Dans les deux cas l'étiologie sera confirmée par l'examen général du malade qui pourra révéler une roséole ou une adénopathie sus-épitrochléenne et par la constatation de réactions humorales positives.

Au cours de la SYPHILIS TERTIAIRE où l'on peut observer :

- une iritis condylomateuse ; petits nodules rosés vascularisés, sur la face antérieure de l'iris près du bord pupillaire. A leur niveau, il se produit une synéchie postérieure; on ne les voit bien qu'après instillation d'atropine, la pupille prend alors une forme ourlée plus ou moins irrégulière, et les nodules sont bien visibles sur le bord de la pupille. Ils régressent sous l'action du traitement.
- une iritis séreuse rarement hypertensive.
- une iritis plastique donnant des synéchies, d'évolution chronique ou subaiguë qui donne peu d'hypertension directement, mais par ses synéchies détermine une hypertension de séclusion pupillaire.

Dans les cas où l'étiologie syphilitique ne sera pas manifeste, le laboratoire par les réactions humorales, l'étude soigneuse des antécédents et le traitement d'épreuve permettront le plus souvent de rattacher l'uvéite à sa cause véritable.

Notons à ce propos que le traitement d'épreuve au cyanure de mercure a un résultat particulièrement rapide s'il s'agit de syphilis, mais que, par contre, il demeure sans action ou peut aggraver l'uvéite si elle est de nature tuberculeuse.

La Tuberculose.

De plus en plus, les auteurs s'accordent à considérer la tuberculose comme une des causes les plus fréquentes d'uvéïtes.

Les formes d'uvéïtes tuberculeuses sont très variables :

a) tantôt le diagnostic est évident : tel est le cas du tuberculome irido-ciliaire, nodule gris-jaunâtre finement vascularisé de la face antérieure de l'iris, enchassé dans le stroma, siégeant de préférence dans l'angle camérulaire : il peut s'accompagner de précipités en « tache de bougie » et d'exsudats; il détermine souvent une hypertension à la fois mécanique et inflammatoire.

Son évolution est subaiguë et sa résorption est possible par le traitement tuberculinique, le V. A. V., l'alergine qui ont souvent un heureux effet sur son évolution; il peut aussi résister à la thérapeutique, augmenter de volume et aboutir à la perforation, nécessitant alors l'énucléation.

b) Il est des cas où l'étiologie tuberculeuse est plus difficile à prouver, mais où cependant le diagnostic est possible.

Chez des sujets jeunes présentant une uvéïte sans gros signes réactionnels, peu douloureuse, unilatérale avec de gros précipités, parfois même une atteinte sclérale associée, des récurrences fréquentes; c'est surtout l'étude de l'état général et des réactions humorales qui permettra le diagnostic et partant, conditionnera le traitement antituberculeux.

c) Mais il est des cas difficiles — et ils sont fréquents — dans lesquels l'uvéïte ne se manifeste que par quelques précipités; une uvéïte séreuse hypertensive, assez torpide, unie ou bilatérale et c'est tout.

C'est dans ces cas que la valeur du terrain intervient. Il s'agit le plus souvent d'adolescents présentant une microcardie, de l'hypotension, de la tachycardie, et chez lesquels l'appareil pleuro-pulmonaire jamais indemne (chancre d'inoculation, ganglions hilaires) est cependant peu touché à la vérité.

Il faut alors avoir recours aux épreuves humorales :

- augmentation de la vitesse de sédimentation globulaire,
- réaction de séro-floculation à la résorcine (VERNES). Un indice supérieur à 30, est en faveur de l'étiologie tuberculeuse s'il est inférieur à 20, il ne s'agit vraisemblablement pas de tuberculose.
- Mais plus sensibles et plus fidèles sont les réactions à la tuberculine.

La Cuti-réaction à une réelle valeur.

- positive chez un jeune
- négative chez tous, en dehors des rares cas d'affections anergisantes.

Elle prend un caractère papuleux, parfois phlycténulaire en 24 ou 48 heures. D'une réelle valeur d'orientation, car elle implique la nature tuberculeuse du terrain.

L'Intradermo-réaction est plus sensible : l'augmentation de la dilution permet de doser la sensibilité (la dilution est à 1 pour 10.000 correspondant à la cuti-réaction).

Les Injections sous-cutanées de la tuberculine sont plus intéressantes, mais elles doivent être très soigneuses, et ne doivent être pratiquées que sous certaines conditions : sujet indemne de lésions pulmonaires évolutives et prenant, sa température régulièrement toutes les quatre heures.

On utilise la tuberculine diluée (Alt-tuberculine de Koch) à raison de deux doses plus faibles rapprochées et une dose plus éloignée. On observe :

- une réaction générale qui se traduit sur la courbe thermique,
- une réaction locale,
- une réaction focale ; c'est la plus intéressante parce qu'elle signe la nature de la tuberculose, de l'uvéite ou de l'affection oculaire en général.

AFFECTIONS ENDOCRINIENNES.

Les uvéites hypertensives reconnaissent parfois une étiologie endocrinienne.

— *L'Irido-cyclite de la Ménopause*

est mal connue; elle ressemble assez à l'irido-cyclite diffuse de la tuberculose, mais sans lésion sclérale : elle est souvent hypertonique, elle évolue par poussées successives, donne des synéchies et des troubles des milieux, elle entraîne la cécité.

Elle dure 10 à 15 ans et elle paraît rebelle à tout traitement opothérapique monovalent ou polyglandulaire.

— Signalons aussi les poussées d'irido-cyclites hypertensives survenant à l'occasion des règles chez des femmes qui présentent des *troubles de la folliculinémie*. L'indication thérapeutique sera basée sur les variations notables de la folliculinémie ou de la lutéinémie dans le sang et le traitement sera conduit par l'endocrinologiste.

— *Le Diabète*, enfin, est une cause relativement fréquente d'iritis; elle est grave, récidivante, synéchique, hémorragique et l'intervention chirurgicale si elle est nécessaire est grave et aléatoire.

Le diagnostic d'hypertension causale peut être difficile. Ici l'hypertension est-elle une hypertension d'uvéite ou est-elle consécutive à une hémorragie intra-oculaire ?

AFFECTIONS ALLERGIQUES.

Enfin, certaines uvéites semblent relever d'un état d'allergie; elles se traduisent souvent par des signes discrets, ce n'est parfois qu'au cours de l'interrogatoire minutieux que l'on découvrira des manifestations allergiques qui conduiront à l'interprétation des signes que l'on aura mis en évidence.

PATHOGENIE

Le fond inflammatoire de l'Uvéite est prouvé par la constatation de précipités sur la membrane de DESCENET.

La divergence de vues et d'opinions survient lorsqu'il s'agit d'expliquer le mécanisme de cette hypertension, qui traduit la réaction du corps ciliaire.

Pour certains auteurs, l'exsudat inflammatoire bloquerait les voies d'élimination de l'humeur aqueuse d'une façon purement mécanique, ce qui occasionnerait l'élévation de la tension oculaire.

Pour d'autres auteurs, la cause de l'hypertension résiderait plutôt dans une sécrétion augmentée de l'humeur aqueuse, augmentation résultant du processus inflammatoire.

Il est vraisemblable que, comme l'admet LARSEN, l'hypertension résulte de l'action simultanée de ces deux facteurs.

Nous voyons donc que les auteurs s'accordent pour placer la cause de l'hypertension dans le processus inflammatoire même. Mais cela ne suffit pas cependant pour expliquer :

— d'une part, l'absence d'hypertension dans certaines uvéites et la présence dans d'autres,

— d'autre part, la persistance de l'hypertension dans certaines formes d'uvéites.

Pour répondre à la première question, il faut reprendre point par point la mécanique de l'hypertension tel qu'il découle de l'expérimentation et de l'observation clinique.

Le phénomène d'élévation de la tension oculaire se décompose en quelque sorte en deux phases :

— La première, c'est la période d'accroissement de la tension, elle accompagne toute inflammation de l'iris.

— La seconde, c'est la période de stabilisation de la tension et de son abaissement : alors que dans l'iritis simple, la tension redevient rapidement normale on tombe même au-dessous du chiffre physiologique, pourquoi ce processus n'est-il pas commun à tous les cas et comment se fait-il que certaines uvéites soient hypertensives ? Nous touchons là le point crucial du problème, qui est celui de la permanence de l'hypertension dans certains cas.

— Dans le but de trouver une solution au problème du mécanisme de l'élévation de la tension au cours des uvéites hypertensives, il est logique d'envisager aussi bien la première que la seconde phase et les conditions dans lesquelles les deux apparaissent.

1) L'augmentation résiderait dans l'hyperhémie active de l'œil, celle-ci étant une réaction du système vasculaire contre l'agent morbide : l'augmentation de l'afflux sanguin déterminerait une augmentation de volume de la choroïde et de la quantité de liquide intraoculaire; toutes raisons, qui par suite de l'extensibilité modérée de la sclérotique, occasionneraient l'hypertension.

Toutefois, il est des cas où la vaso-dilatation s'accompagne d'hypotension et non d'hypertension.

2) L'abaissement de la tension pourrait dépendre de trois facteurs :

— l'extensibilité de la sclérotique,

- la diminution de l'afflux du liquide intra-oculaire,
- l'augmentation de l'élimination.

On se rend compte que les deux premiers facteurs ne peuvent logiquement entrer en ligne de compte, l'extensibilité de la sclérotique étant insuffisante d'une part, l'afflux de liquide intra-oculaire dont l'origine est inflammatoire ne pouvant diminuer alors que l'inflammation persiste, d'autre part.

Par conséquent, il reste comme seul facteur pouvant déterminer la baisse de tension :

l'Augmentation de l'élimination.

Pour les auteurs celle-ci pourrait s'opérer :

- par voie physique : l'élévation de tension augmentant l'écoulement par différence de pression,
- par voie réflexe : l'hypertension de l'œil excitant le fonctionnement de l'appareil nerveux intramural indépendant du système nerveux central influencerait sur la musculature lisse des vaisseaux sanguins choroïdiens, bouleversant momentanément, le tonus du système vasculaire, ce qui agirait positivement sur les phénomènes d'osmose et de diffusion, déterminant du même coup l'augmentation de l'élimination.

C'est ainsi qu'au cours des uvéites simples fonctionnerait ce système d'auto-régulation tensionnelle.

Pourquoi donc dans les cas d'uvéite hypertensive, l'abaissement de tension oculaire ne se produit-il pas ? Quelle est la source de différence de réaction de l'organisme dans les cas d'uvéites hypertensives ?

C'est ici que l'on doit faire intervenir la notion étio-logique du terrain.

Théoriquement, en effet, cette différence ne peut

tenir qu'à un état particulier de l'organisme qui est dans l'impossibilité de s'adapter à un état morbide nouveau.

Et pratiquement, en effet, l'observation clinique et les statistiques viennent appuyer cette hypothèse en montrant que ces uvéites hypertensives ne surviennent pas, en général, chez des sujets en santé parfaite authentique, mais bien au contraire, chez des sujets frappés d'une tare organique ou momentanément en état de moindre résistance.

Par conséquent dans l'uvéite hypertensive, nous devons tenir compte de deux facteurs :

- d'une part, l'agent étiologique, infectieux, qui détermine l'inflammation uvéale,
- d'autre part, les modifications dégénératives qui mettent l'œil dans l'impossibilité de s'adapter aux conditions nouvelles.

Cette conception de la pathogénie des Uvéites avec hypertension nous donne la raison de leur variabilité et de leur polymorphisme, et partant nous indique déjà la difficulté thérapeutique qu'elles soulèvent ainsi que la médiocrité des résultats dans certains cas particulièrement délicats.

TRAITEMENT

La coexistence d'une uvéite et d'une hypertension oculaire soulève un problème fort complexe au point de vue thérapeutique. Et cependant, ce problème a une réelle importance pratique car l'uvéite hypertensive est fréquente et son pronostic sévère.

Le traitement étiologique de l'uvéite domine tout, puisque l'uvéite est la cause de l'hypertension, mais ce traitement causal n'est pas toujours possible, étant donné la difficulté du diagnostic étiologique.

Le traitement de l'hypertension est symptomatique, puisque l'hypertension n'est qu'un symptôme de l'uvéite, c'est dire que le traitement local, tant médical que chirurgical, n'est qu'un traitement adjuvant.

Comment, dans ces cas, traiter une uvéite avec hypertension ?

Pour essayer de résoudre ce problème, nous allons étudier tout d'abord les moyens thérapeutiques dont nous disposons, tant au point de vue local que général, médical que chirurgical, et nous essaierons ensuite de poser les indications thérapeutiques qui découlent de l'intrication du « syndrome hypertension » au « syndrome uvéite » dans les diverses formes cliniques d'uvéites hypertensives.

I — MOYENS THERAPEUTIQUES MEDICAUX

A. — LOCAUX

I. — ATROPINE OU PILOCARPINE ?

Si l'on s'en tient aux médicaments, vaut-il mieux chercher à dilater la pupille par les mydriatiques, ou au contraire essayer de juguler l'hypertension par les myotiques ?

La constatation d'une hypertension primitive est une indication majeure à l'emploi des myotiques, le fait est unanimement admis.

Par contre, au cours des hypertensions secondaires à des uvéites les myotiques, par l'action défavorable qu'ils peuvent avoir sur les manifestations inflammatoires et leur évolution (aggravation de la congestion irido-ciliaire, augmentation des exsudations et production favorisée de synéchies postérieures, cause d'hypertension) ne constituent donc, malgré leur action hypotonisante réelle, qu'un traitement purement symptomatique de l'hypertension.

Est-ce à dire qu'il faille jeter le discrédit voire même l'interdit, sur l'emploi de myotiques dans ces cas ? — Telle n'est pas notre pensée; de plus, de bons résultats ont été obtenu grâce à cette thérapeutique et dans l'état actuel de nos connaissances sur le mécanisme intime

de l'hypertension et de ses réactions particulières à tel ou tel agent médicamenteux, nous n'avons pas le droit de proscrire de notre arsenal thérapeutique, *à priori* et pour des raisons plus théoriques que pratiques un médicament précieux, que l'on aura le devoir toutefois de manier de façon prudente et raisonnée.

C'est en vue de remédier aux inconvénients qu'implique l'emploi des myotiques, que certains auteurs, voulant agir directement sur l'uvéite, responsable de l'hypertension, ont préconisé l'emploi des mydriatiques.

Mais il paraît paradoxal au premier abord, de vouloir oser utiliser des substances mydriatiques, dont l'action est diamétralement opposée à celle des myotiques.

— Paradoxal, en effet, puisque les mydriatiques ont une action hypertensive, et que le traitement du mal par un agent médicamenteux produisant ce même mal, n'est pas précisément un procédé thérapeutique couramment employé. Mais à cette action hypertensive en apparence néfaste, nous devons opposer l'action bienfaisante de ces médicaments sur l'uvéite (diminution de la congestion uvéale, mise au repos de l'iris, impossibilité de formation de synéchies) et ne pas nous départir de cette notion que l'hypertension n'est qu'un symptôme de l'uvéite.

— Mais paradoxe uniquement en apparence, car,

— si d'une part l'action favorable des mydriatiques sur l'uvéite est certaine et n'est niée par personne,

— d'autre part l'action hypertensive que l'on est en droit de redouter sur un œil déjà hypertendu, n'est pas toujours démontrée ainsi que tendent à le prouver les expériences d'AMSLER et de son école, qu'a bien voulu nous communiquer le Docteur BRÉGEAT : dans des cas d'uvéites bilatérales avec hypertension, à la

suite de l'instillation d'atropine dans un œil, d'ésérine dans l'autre, l'évolution de la tension oculaire a montré :

- pour l'œil atropiné, une légère augmentation tensionnelle suivie d'une diminution régulière, notable et durable,
- pour l'œil ésériné, une baisse très légère ou une tension initiale inchangée.

Quoiqu'il en soit, étant donné la multiplicité des formes cliniques d'uvéites hypertensives d'une part, le mode de réaction particulier à chaque malade d'autre part, nous pensons que, dans le cas particulier — comme en toutes choses — l'intransigeance pour l'un ou l'autre mode thérapeutique ne saurait être une bonne ligne de conduite.

Aussi, s'il est des cas où les myotiques paraissent indiqués, il en est d'autres où l'utilisation des mydriatiques s'avère nécessaire; l'application thérapeutique de ces dernières pourra être favorisée par la ponction préalable de la chambre antérieure, ou par l'injection rétrobulbaire de novocaïne-alcool, comme nous le verrons plus loin.

Ceci étant, voyons quels sont les médicaments dont nous disposons :

Parmi les myotiques, nous avons le choix entre :

- *la pilocarpine* qui est l'hypotonisant type; en raison de la possibilité de resserrement pupillaire, élément néfaste dans le traitement d'un iris malade, nous lui adjoignons l'éphédrine, mydriatique doux sans action sur la tension.

Nous prescrivons un collyre aqueux d'un mélange de :

Nitrate de pilocarpine à 2 % et de :

Chlorhydrate d'éphédrine à 3 %.

L'instillation sera pratiquée à raison d'une goutte chaque fois, la courbe tonométrique réglant la fréquence de ces instillations.

- *l'ésérine*, hypotonisant parfois moins bien toléré, et dont l'action plus brutale tout en étant plus forte sera réservée aux poussées d'hypertension.

Elle sera employée sous forme de collyre huileux d'ésérine basique à 1 %.

On instillera une goutte matin et soir, et dans le courant de la journée, on instillera une goutte de collyre au nitrate de pilocarpine à 2 % avec une fréquence variable selon les cas.

Les Mydriatiques utilisés sont :

- *l'Atropine*, mydriatique mais hypertenseur, qui sera toujours instillé prudemment et judicieusement, sous forme de collyre aqueux de :
Sulfate neutre d'atropine à 1 % ou 1 pour 200
- *l'Homatropine*, dont le pouvoir hypertenseur est beaucoup plus faible et l'action plus éphémère, sera utilisé sous forme de collyre aqueux — à 1 %.
- *l'Adrénaline*, dont l'action mydriatique est moins énergique moins prolongée mais qui n'est pas hypertonisante sera utilisée :
 - soit sous forme de *glaucollyre*, mélange de tartrate et d'adrénaline à 2 % et de méthylaminocétopyrocathéchine à 2% ; c'est en sorte un collyre à l'adrénaline à forte concentration; la fréquence des instillations est réglée par l'allure de la courbe tonométrique.
- soit en *injections sous-conjonctivales*
 - sous anesthésie préalable de la conjonctive bulbaire par instillation d'holocaïne ou de

butelline

- le plus près possible du limbe
- aux quatre pôles si les synéchies sont nombreuses et précoces.

On utilisera la solution aqueuse de chlorhydrate d'adrénaline au millième, dont on injectera 2 gouttes sous la conjonctive.

- *l'Ephédrine*, mydriatique doux et sans effet sur la tension que l'on associera, comme nous l'avons vu plus haut, à la pilocarpine.

On utilisera le chlorhydrate d'éphédrine à 3 % en solution aqueuse.

II. — RÉTROBULBAIRE DE NOVOCAÏNE-ALCOOL.

A la suite des études de FROMAGET (1921) et de WEEKERS (1931), l'injection rétrobulbaire de novocaïne-alcool a été généralisé en clinique dans le traitement des hypertensions secondaires à des uvéites, ceci dans un double but :

- d'une part agir sur l'élément douleur,
- d'autre part sur l'élément hypertension.

On pratique une injection rétrobulbaire de novocaïne à 4 % adrénalinée, que l'on fait suivre sans retirer l'aiguille, et dès que les résultats de l'injection novocaïnique sont obtenus, d'une injection de 1 cm³ d'alcool à 60°.

Cette injection rétrobulbaire de novocaïne à 4 % adrénalinée produit généralement mais non constamment un abaissement immédiat de l'hypertension. Avec l'alcool à 60°, l'action hypotonisante persiste parfois 4 ou 5 jours. De plus l'action anesthésiante est très manifeste, l'injection d'alcool calme habituellement les douleurs oculaires, même très violentes, et cela d'une façon prolongée.

En outre, il est de règle de constater une amélioration des symptômes irritatifs.

Les résultats sont heureux au cours des uvéites aiguës et subaiguës; l'effet est moindre dans les uvéites chroniques.

III. — LES RÉVULSIFS.

Nous pouvons ajouter dans certains cas comme médicaments adjuvants, les révulsifs :

- *La Dionine*, révulsif chimique, dont l'instillation est souvent désagréable, déterminant une sensation de rougeur, de chaleur, d'engourdissement. On l'associe le plus souvent à la pilocarpine et à l'éphédrine. On l'utilise sous forme de collyre aqueux de 2 à 4 %.
- *L'Application de compresses chaudes* sur les paupières qui par la révulsion physique qu'elle détermine, a une action qui n'est pas négligeable.

B. — G E N E R A U X

A) ETIOLOGIQUES.

I. — *La Syphilis.*

Lorsque cette étiologie sera affirmée, le traitement antisypilitique sera institué sans perte de temps, quel que soit le stade évolutif de la syphilis. Nous rappelons la posologie des différents médicaments antisypilitiques :

a) — *l'Arsenic*

pourra être utilisé sous forme de :

— Novarsénobenzol

— Sulfarsénobenzol

— *Le Novarsénobenzol* sera prescrit en injections intraveineuses, la dose maxima étant de 0,015 gr. par kilogramme corporel et par injection; de 6 à 7 gr. par série.

On commencera par injecter 0,15 gr., puis deux jours après, 0,30 gr., et l'intervalle séparant deux injections sera augmenté d'un jour pour chaque augmentation de dose de 0,15 gr., si bien que chez un adulte non taré de 60 kg., lorsque la dose de 0,90 gr. aura été atteinte, l'injection sera hebdomadaire.

L'injection de Novarsénobenzol, nous le rappelons, doit être pratiquée à jeun avec une solution préparée extemporanément, lentement, en ayant sous la main une seringue montée contenant une solution d'adrénaline au millième, dans l'éventualité d'une crise nitritoïde.

— *Le Sulfarsénobenzol* ne nécessite pas la voie intraveineuse pour son administration d'où son intérêt chez certaines personnes et surtout chez les enfants. Les doses sont progressives, comme pour le novarsénobenzol, mais entre deux doses la différence n'est que de 0,06 gr.

On commence par faire une injection de 0,06 gr. puis on augmente la dose de 0,06 ou 0,12 gr. chaque fois en espaçant les injections de 2 à 3 jours jusqu'à 0,18 gr. puis de 4 à 5 jours, jusqu'à 0,42 gr., puis au-dessus de ces doses de 6 à 7 jours.

b) — *Le Bismuth*

sera employé soit en suspension huileuse, type Muthanol, soit en solution huileuse, type Bivato.

Les injections seront intramusculaires fessières; on ne dépassera pas la dose de 1 milligramme de bismuth métal par kilog. de poids, donc pour un sujet de 70 kg., la dose sera de 7 centigrammes par injection.

Les injections seront hebdomadaires ou bi-hebdomadaires; on prescrira des séries de 12 injections.

c) — *Le Mercure.*

Le mercure sera utilisé sous forme de cyanure de mercure que l'on prescrira par séries de 18 injections intra-véineuses à 1 centigramme si l'état rénal, dentaire, digestif, le permet. Il pourra cependant être plus intensif, et certains auteurs, au lieu de faire des injections tri-hebdomadaires font des séries d'injections quotidiennes très prolongées. Néanmoins, pour s'en tenir à la posologie classique, entre les séries de cyanure de mercure, on peut instituer un traitement que le malade pourra faire à son domicile; la prise « per os » de sirop de Gibert par exemple à raison de 10 jours par mois pendant plusieurs mois, ou des frictions cutanées d'onguent napolitain.

d) — *Les Arsenones.*

Nous n'avons pas l'expérience de la thérapeutique des uvéites hypertensives syphilitiques par les Arsenones dont les effets sur les accidents cutanés de la période secondaire semblent meilleurs que ceux des classiques arsenicaux trivalents.

II. — *La Tuberculose.*

Les moyens thérapeutiques dont nous disposons pour traiter une uvéite hypertensive tuberculeuse sont variés et d'efficacité inégale : leur application doit être prudente et circonspecte.

L'emploi du traitement spécifique nécessite un contrôle médical permanent : de nombreux médicaments sont couramment utilisés :

L'Antigène méthylique de Nègre et Bocquet.

De préparation complexe à partir du bacille de Koch, il est présenté sous forme d'antigène dilué et sous forme d'antigène pur. Les injections sous-cutanées superficielles auront lieu tous les quatre jours. Le traitement progressif utilisera, l'une après l'autre les doses suivantes :

Antigène dilué : $1/4$, $1/2$, $3/4$ — 1 cc.

Antigène pur : $1/4$, $1/2$, $3/4$ — 1 cc.

Chaque dose sera répétée 5 à 6 fois avant le passage à la dose supérieure. On ne dépassera pas la dose de 1 cc. d'Antigène pur. On pourra, si besoin est, recommencer une nouvelle série après 6 ou 8 semaines d'interruption.

Si cette méthode a une grande précision, il n'en reste pas moins vrai qu'en cas de lésions pulmonaires concomitantes, une grande prudence sera nécessaire. Mais le plus gros inconvénient réside dans la durée, par trop longue, du traitement.

Le Vaccin de VAUDREMER (V. A. V.).

Emulsion stérile de voiles de mycobactérium T en culture aspergillaire, est également présenté sous forme de doses faibles et sous forme de doses fortes.

Les doses faibles sont contre-indiquées si le malade est porteur de lésions pulmonaires évolutives; les doses fortes le sont si le malade présente une tuberculose pulmonaire ancienne.

Aux premières injections, il se produit en effet fréquemment une réaction focale qui cède aux injections

suivantes si elle est oculaire, mais qui pourrait aggraver des lésions pulmonaires si elle était pulmonaire.

Les doses utilisées successivement sont tant pour les doses faibles que pour les doses fortes :

1/2, 3/4, 1, 1,5, 2 cc.

Un intervalle de 8 jours sera nécessaire avant de passer à la dose supérieure; ceci lorsqu'on utilisera les doses faibles; par contre cet intervalle sera réduit à 4 jours pour les doses fortes.

On prescrira deux ou trois séries par an pendant deux ans.

L'injection sera sous-cutanée et se pratiquera à la face externe du deltoïde, à la face externe de la cuisse.

Cette méthode présente un avantage intéressant : c'est la possibilité d'agir vite. (Docteurs DUVERGER et BREGEAT.)

L'Allergine de JOUSSET.

Utilisée dans le service de Monsieur le Professeur agrégé RENARD, elle donne de bons résultats mais nécessite une surveillance constante.

Deux règles générale doivent présider à la thérapeutique de ces uvéites :

- I. — Les doses initiales doivent être très faibles.
2. — La progression des doses doit être très lente.

Le malade doit être mis au repos complet, autant que possible même au lit pendant les 3 à 4 premiers mois du traitement.

Les injections sous-cutanées sont faites tous les 5 jours et les doses doivent être de plus en plus élevées en se rapprochant de la réaction en général sans l'atteindre.

La progression des doses est basée sur la feuille de

température : si la réaction provoquée par une dose donnée ne dépasse pas un demi-degré, la dose suivante est augmentée.

Les solutions d'allergine successivement employées sont les suivantes; au nombre de 4 elles sont de plus en plus concentrées :

- 1°) la solution très diluée à $1/100^e$ de milligramme pour 1 cc. (étiquettes violettes);
- 2°) la solution à $1/10^e$ de milligramme par cc. (étiquettes vertes);
- 3°) la solution normale à 1 milligramme par cc. (étiquettes jaunes);
- 4°) la solution concentrée à 5 milligrammes par cc. (étiquettes blanches).

Il faut se procurer deux sortes de seringues : l'une de 1 cc. graduée en $1/20^e$ de cc.

L'autre de 2 cc. graduée en $1/8^e$ de cc. ou tout au moins de $1/4$ de cc.

Le schéma d'utilisation de l'allergine est le suivant :

1°. — *Solution à 1 %*

Première injection : $1/4$ de cc.

Deuxième injection : $1/2$ de cc.

pour arriver à 2 cc. à la huitième injection.

2°. — Pour la neuvième injection, on prend la solution à : $1/10^e$ et la seringue graduée en $1/20^e$ de cc.

la neuvième injection : $5/20^e$ cc.

la dixième injection : $6/20^e$ cc.

On augmente ainsi d' $1/20^e$ jusqu'à $10/20^e$; puis de $2/20^e$ par injection jusqu'à $20/20^e$.

A partir de la vingtième injection, on augmente par $1/4$ de cc. jusqu'à 2 cc. (vingt-troisième injection).

3°. — On change à nouveau de solution : la vingt-quatrième injection est faite avec 5/20^e de cc. de la solution à 1 milligramme par centimètre cube, et la progression continue à se faire suivant les mêmes règles.

En cas d'incidents au cours du traitement, prescrire immédiatement un lavement au sérum de JOUSSET.

Les meilleures indications de ce traitement sont les uvéites tuberculeuses diagnostiquées au début, mais de bons résultats ont été obtenus par Monsieur le Professeur agrégé RENARD dans des uvéites tuberculeuses traitées avec un certain retard.

La Tuberculine

est un excellent médicament mais difficile à manier.

Absolument contre-indiquée en cas de lésion tuberculeuse pulmonaire évolutive, de tuberculose fibro-hémoptoïque, de mauvais état des émonctoires, on ne fera pas si possible de traitement tuberculinique passé l'âge de 60 ans.

Ce traitement tuberculinique pourra être ambulatoire; il sera préférable de le faire en cure de repos.

La tuberculine sera employée, non sous forme de tuberculine de Koch, mais sous forme d'alt-tuberculine, qui présente le désavantage de ne se garder à l'état frais que si elle est très concentrée (1/10^e) et seulement pendant trois semaines.

Elle sera injectée sous la peau, dans les régions habituelles (face externe du bras ou de la cuisse) mais il sera prudent de ne pas répéter l'injection au même endroit.

Ces injections seront pratiquées une ou deux fois par semaine; on utilisera des doses très diluées au début progressivement croissantes :

1/10^e de milligramme

3/10^e

5/10^e

1 milligramme

5 milligrammes

1 centigramme

2 centigrammes

ainsi de suite jusqu'à 50 centigrammes.

Pour passer à la dose suivante, il faut que les réactions générales s'estompent et que les signes focaux soient légers.

Ce traitement sera, nous le répétons, surveillé minutieusement; ce contrôle médical stricte portera particulièrement sur la température, le poids et l'évolution de l'état général.

Une fois la série terminée, on pourra utiliser l'iode et l'arsenic sous forme d'acétylarsan.

Les Sels d'Or.

Relativement nombreuses, les préparations auriques préparées pour l'usage thérapeutique, ont toutes une posologie sensiblement identique. La voie intraveineuse convient à la sanocrysine et à la crisalbine, la voie intramusculaire sera utilisée pour l'allocrysine et le myoral.

On utilisera des doses systématiquement faibles : 0,05 — 0,10 — 0,15 — 0,20 — jusqu'à 0,50 en plus, par injections espacées de 5 à 7 jours, la dose totale pour la cure ne dépassant pas 3 ou 4 grammes.

Mais ce traitement expose à des accidents multiples et variables, bénins ou graves (aurides par exemple).

Les résultats sont bons dans les uvéites au début : la cryothérapie imprime une allure fibreuse aux lésions.

Nous n'avons pas l'expérience des injections sous-conjonctivales et les injections d'air et de sang dans la chambre antérieure (auto-hémothérapie locale) qui donneraient des résultats dignes d'être notés.

A ce traitement spécifique il faut associer :

1) *La Cure Hygiéno-climatique.*

Cure de repos en haute altitude (au-dessus de 1.200 mètres) ensoleillée, elle est difficile à faire accepter par le malade qui est apparemment en bon état; elle donne suivant les statistiques de VERDENBERG (de Davos) des résultats remarquables à tous les âges et à tous les stades d'évolution. Mais il faut que la cure soit de longue durée contrôlée et réglée médicalement ? A ces conditions elle a un heureux effet sur le traitement spécifique.

On lui adjoint un régime de suralimentation non toxique.

2) *Le Calcium.*

En raison de son action antispasmodique, anti-exsudative, et de son rôle de reconstituant général, il sera utilisé dans presque tous les cas.

La composition la plus active est le gluconate de calcium à 10 % : on le prescrira en injections intra-veineuses de 10 centimètres cubes. Les injections seront pratiquées tous les deux jours par séries de 12 à 24.

Notons qu'il faut employer un gluconate pur; sans cela, des poussées thermiques sont possibles.

Nous pourrions également prescrire le chlorure de calcium per os : 1 à 4 grammes par jour pendant dix jours.

3) On prescrira en même temps un *traitement vitaminé.*

— Soit de l'huile de foie de morue ou l'ergostérol irradié.

— Soit le stérogyl 15, à raison d'une ampoule buvable par semaine au milieu d'un repas : 2 à 3 ampoules en tout.

III. — *Le Rhumatisme.*

Lorsque l'étiologie rhumatismale aura été mise en évidence, l'uvéite hypertensive sera justiciable d'un traitement à base d'iode et de soufre : nous savons que cette forme est particulièrement rebelle à la thérapeutique médicale aussi, dès que l'iridectomie sera possible en période de calme, sera-t-il utile de la pratiquer.

IV. — *Affections Allergiques.*

Le seul vrai traitement des formes d'uvéites hypertensives en rapport avec une affection allergique est la désensibilisation spécifique. Mais, en pratique, l'agent sensibilisant étant souvent difficile, voire même parfois impossible à identifier, on utilisera les désensibilisants généraux.

- l'auto-hémothérapie, bi-hebdomadaire de 5 à 10 cc. : on fera une série de 5 à 10 injections,
- les injections intraveineuses d'hyposulfite de soude : on injectera 5 à 20 cc. d'une solution à 20 % à raison de 3 injections par semaine.
- les extraits de rate, en injections intra-musculaires : 2 à 4 cc. d'un extrait de rate de porc ou de veau.
- les injections de peptone, en sous-cutanées de 2 à 5 cc. d'une solution à 5 % tous les deux jours.

LES UVÉITES HYPERTENSIVES D'ORIGINE INFECTIEUSE.

Lorsque l'étiologie infectieuse est évidente de par l'examen clinique : uvéites purulentes par exemple, ou

que celle-ci est mise en évidence par l'enquête étiologique comme dans la gonococcie.

Nous instituerons un traitement anti-infectieux; il devra être intense et dominera tout le problème thérapeutique : c'est-à-dire que sous peu, nous l'espérons, la mycothérapie en résumera toute la thérapeutique. Mais avant la vulgarisation de celle-ci, nous disposons actuellement de bons moyens médicamenteux pour traiter ces formes.

1) *La Thérapeutique sulfamidée.*

La thérapeutique sulfamidée en sera la base; elle sera intensive; les voies d'introduction du médicament seront telles que ses effets soient obtenus le plus rapidement possible :

- *localement*, nous utiliserons les effets de
 - l'instillation de collyres sulfamidés à concentration la plus élevée possible (solufontamide par exemple)
 - les injections sous-conjonctivales de solutions à pH neutre concentrées à 33 %, qui ne seront pas trop fréquemment répétées en raison de la nécrose conjonctivale possible.
 - l'administration concomitante de sulfamides per os se fera suivant les règles classiques de la sulfamidothérapie : doses fortes progressivement décroissantes, administration continue sans interruption pendant 8 jours au maximum, sans oublier les règles hygiéno-diététiques qui favorisent les effets du médicament (pas d'œufs, pas de sulfates).

2) *Le Traitement de choc.*

On peut utiliser divers médicaments dont les effets sont
Les résultats sont le plus souvent très salutaires.

variables en intensité, ce qui permet un choix devant l'allure clinique de l'uvéite hypertensive.

- Les injections intramusculaires de lait seront faites à jours passés; la dose injectée étant :
pour la première injection : 5 cc.
pour la deuxième injection : 7,5 cc.
pour la troisième injection : 10 cc.
l'effet obtenu est en général modéré.
- Les injections de Propidon, de vaccin de RENARD, de WEIL et DUFOUR, antistreptococciques, anti-pneumococciques seront pratiquées aux doses habituelles.

Plus intenses, parfois même brutales seront les réactions que l'on observera après :

- les injections intraveineuses de vaccin T. A. B. à la dose de 2 millions de germes (WRIGHT), méthode que nous n'utilisons pas en raison des dangers qu'elle peut faire encourir au malade.
- les injections intraveineuses de DMELCOS (émulsion de bacilles de DUCREY titrée à 225 millions de corps microbiens par centimètre cube) à dose croissante : 1,5 cc.-2,5 cc. 3 cc. que l'on pratiquera tous les quatre jours.

UVÉITES HYPERTENSIVES DUES A DES INFECTIONS FOCALES.

Ces formes d'uvéite, nous l'avons vu, réagissent très rapidement au traitement étiologique, c'est dire toute l'importance qu'il faut attacher;

— d'une part aux cures radicales des foyers d'infection, que ceux-ci soient sinusiens, dentaires ou pharyngo-tonsillaires

— d'autre part aux moyens médicamenteux dont nous disposons pour traiter certaines infections à distance :

— tels les désinfectants intestinaux : benzonaphtol par exemple, à la dose de 1 à 4 grammes par jour, lorsque la relation entre l'état oculaire et une affection appendiculaire ou intestinale subaiguë aura pu être prouvée.

— Tel le mandélate d'ammonium ou de calcium, à la dose de 3 à 12 grammes par jour, après acidification des milieux lorsqu'on se trouvera en présence d'une colibacillose vérifiée.

B) DÉSINFECTANTS GÉNÉRAUX.

Uvéites hypertensives d'étiologie indéterminée.

En dépit des recherches les plus approfondies, il est des cas d'uvéites hypertensives où l'étiologie ne peut être précisée.

C'est qu'il existe de nombreuses affections souvent d'apparence banale et parfois latentes au point de ne pas être mises en évidence par l'investigation clinique.

Force nous sera alors d'instituer un traitement anti-infectieux général : ♦

- l'Urotropine, 2 comprimés à 0,50 par jour, ou mieux l'Uroformine intra-veineuse une injection quotidienne de 5 cc. d'une solution à 5 %,
- l'Iodaseptine pure ou salicylée, une injection intra-veineuse de 5 cc., à raison de 3 injections par semaine.

Le cyanure de mercure à 1 centigramme en injection intra-veineuse tri-hebdomadaire, donneront le plus souvent de bons résultats.

II — MOYENS THERAPEUTIQUES CHIRURGIÇAUX

Les techniques chirurgicales proposées au cours des uvéites hypertensives visent avant tout le symptôme hypertension, c'est-à-dire que ce mode thérapeutique, sans action directe sur l'uvéite causale n'est qu'un traitement adjuvant qui essaie d'arrêter ou d'éviter les dégâts de l'hypertension.

Nous verrons dans l'étude des indications thérapeutiques, ce qu'il faut penser des divers procédés chirurgicaux dont nous allons rappeler dans un bref exposé les techniques :

A) *La Transfixion de l'Iris*

ou opération de FUCHS réalise le premier temps chirurgical du traitement de la séclusion pupillaire.

Premier temps en effet, car il est indiqué de faire une iridectomie 3 à 4 semaines après, en période de calme.

Quand l'iris, par suite de la présence de synéchies, adhère par la totalité de son bord libre à la cristalloïde antérieure, la communication entre les chambres antérieures et postérieures est supprimée; l'humeur aqueuse s'accumule alors derrière l'iris qui bombe; l'œil est hypertendu.

C'est pour rétablir cette communication que la transfixion de l'iris est indiquée d'urgence; c'est en effet le seul moyen de faire céder cette hypertension irréductible par les autres moyens dont nous disposons.

L'Iridectomie, en effet, n'est pas indiquée à ce moment pour deux raisons :

- la place de l'iris ne permet pas la kératotomie ou la rend très difficile, au moins à la pique;
- l'iridectomie en poussée aiguë peut être dangereuse d'une part par l'hémorragie irienne de décompression qu'elle peut déterminer, d'autre part par la poussée d'uvéite exacerbée qu'elle peut engendrer.

Technique.

La transfixion de l'iris sera faite au couteau de DE GRAEFE. On introduit le couteau au niveau du limbe du côté temporal en tenant la lame de telle manière que sa surface soit parallèle au plan irien normal. Du fait de la forme tomatoïde de l'iris, la pointe poussée transversalement rencontre la partie moyenne de l'iris, passe derrière lui ressort près du bord pupillaire, passe à nouveau derrière l'iris pour réapparaître à nouveau dans la chambre antérieure près du limbe du côté opposé.

Si la saillie de l'iris est bien régulière, on a ainsi obtenu quatre perforations de l'iris aux points d'entrée et de sortie de la lame.

Le couteau est retiré sans avoir perdu une seule goutte d'humeur aqueuse et sans avoir blessé le cristallin car la saillie de l'iris laisse un large espace entre lui et la cristalloïde.

On introduit alors la spatule en argent; à l'aide de celle-ci, on vide progressivement la chambre antérieure; l'iris bombe, car la chambre postérieure s'agrandit, puis

il s'affaisse peu à peu, la chambre antérieure augmente alors de profondeur, puis finit par se vider sous l'effet de la spatule.

La saillie irienne étant parfois irrégulière, on obtient que deux ou même un orifice, le résultat est le même, il suffit d'en obtenir au moins un.

Il est très important que le ou les orifices iriens soient aussi éloignés que possible du bord pupillaire près de la racine de l'iris.

— l'iris a moins tendance à saigner,

— la persistance définitive de l'orifice est bien plus certaine parce que, étant beaucoup plus éloignée du cristallin, il risque moins d'être oblitéré par de nouvelles adhérences.

Résultats.

Quelquefois l'iris reste en tomate, ce qui laisse penser à un cloisonnement rétro-irien ou cristallinien, ou bien pour d'autres auteurs, ce qui permet de soutenir que l'humeur aqueuse naît et disparaît sur place et ne naît pas uniquement du corps ciliaire ?

Cependant, cette intervention est salutaire : l'hypertension disparaît progressivement en quelques jours, et l'iris étant aplati, l'œil étant plus calme, au bout d'un mois, on pratique l'iridectomie. Elle est d'ailleurs nécessaire à ce moment, car l'opération de FUCHS, dans la règle, ne jugule pas l'hypertension beaucoup plus longtemps.

Nous allons envisager maintenant les différents procédés opératoires destinés à combattre l'hypertension au cours des uvéites :

b) La Ponction de la Chambre antérieure.

Procédé antihypertensif par lui-même, il présente en

outre l'avantage de permettre l'instillation d'atropine traitement de l'uvéite par excellence.

Technique.

La ponction sera faite au couteau après anesthésie par instillation de cocaïne et injection rétrobulbaire de novocaïne car la détente oculaire est douloureuse, la pointe du couteau est introduite sans aucune pression, à la limite postérieure du limbe, sans même qu'il soit besoin de fixer l'œil avec la pince et retirée aussitôt sans perdre une goutte d'humeur aqueuse; une issue minime de liquide suffit pour modifier le tonus; on ne s'en tient par là, très délicatement avec la spatule en argent, on déprime la lèvre postérieure de la plaie en plusieurs fois, pour faire sourdre le contenu de la chambre antérieure. Il ne faut pas oublier la possibilité d'une hémorragie irienne a vacuo, d'où la nécessité de détendre l'œil très doucement.

Ainsi, la tension étant diminuée du fait de la ponction, on peut instiller l'atropine afin de

— mettre l'iris au repos

— essayer de rompre les synéchies si elles existent.

La ponction pourra être répétée les deux ou trois jours suivants; on déprimera la lèvre de l'incision avec la spatule en argent : ensuite, on instillera l'atropine.

Les résultats des ponctions aux limbes suivies d'instillation d'atropine sont excellents du fait :

— que l'atropine, grâce à la ponction de la chambre antérieure au lieu d'élever la tension oculaire peut l'abaisser dans certains cas, le fait est dû à ce que l'hypertension, comme les autres symptômes de l'uvéite, est l'expression de l'inflammation de l'iris et du corps ciliaire, et que l'atropine, faisant céder celle-ci entraîne par le fait même la chute de celle-là.

— que la ponction est inoffensive si elle est pratiquée en milieu aseptique.

Cependant deux écueils :

— le risque d'infection

— la reproduction rapide de la chambre antérieure peut faire craindre l'augmentation d'hypertension avec l'atropine. Cependant il n'en n'est le plus souvent rien, d'autant que l'expérience des auteurs suisses nous montre dans certains cas les effets heureux de l'atropine sans ponction.

C) L'IRIDECTOMIE.

La technique que nous employons est la suivante :

Après anesthésie par injection rétrobulbaire de novocaïne à 4 % adrénalinée, on fera une incision à la pique à la partie postérieure du limbe. Cette incision descendra de chaque côté, à environ 4 millimètres de l'extrémité du diamètre vertical de la cornée.

Il est préférable de ne pas faire de lambeau conjonctival, en prévision d'un état hypertensif ultérieur pouvant alors nécessiter une opération fistulisante (oulectomie).

Après avoir recliné le lambeau antérieur de la plaie on saisit l'iris au niveau de son bord libre, on l'attire : un premier coup de ciseau sectionne l'iris d'un côté suivant une ligne méridienne oblique, une deuxième le sectionne au ras de sa racine, une troisième enfin fait une section symétrique à celle du premier coup de ciseau.

Tous les auteurs s'accordent pour recommander de faire l'iridectomie aussi large que possible. D'une manière générale, le colobome irien doit avoir 5 à 6 mm. d'étendue.

On réduit ensuite l'iris à la spatule et suivant l'état tensionnel, on instille ou non une goutte d'atropine.

D) LES OPÉRATIONS FISTULISANTES.

Nous avons le choix entre quatre procédés.

- La trépanation d'ELIOTT
- l'iridenkleisis
- la cyclodialyse
- la sclérecto-iridectomie de LAGRANGE modifiée.

1) *La Trépanation d'ELIOTT.*

Après anesthésie rétrobulbaire, on taille un lambeau conjonctival triangulaire que l'on rabat sur la cornée :

La sclérectomie est faite avec un trépan de 2 mm. de diamètre, au maximum en arrière du limbe à la partie supérieure du diamètre vertical de la cornée.

La rondelle sclérale enlevée, l'iridectomie est faite en mouchant l'iris ou en saisissant à la pince le bourrelet irien qui fait saillie dans l'orifice.

Ainsi est réalisée la sclérecto-iridectomie d'ELIOTT.

2) *L'Iridenkleisis.*

Peut être réalisée suivant deux procédés :

a) *Le Procédé de WEEKERS.*

Après anesthésie par instillation et rétro-bulbaire, on dissèque un large lambeau conjonctival.

Une incision sclérale rectiligne est faite au couteau de DE GRAEFE au niveau du limbe sur 5 mm.

Par cette ouverture brusque, l'humeur aqueuse jail-
lit entraînant l'iris de telle sorte qu'il n'y a eu qu'à

introduire aucune instrument dans la chambre antérieure pour le faire sortir.

Une section méridienne de la portion herniée de l'iris est pratiquée avec la pince ciseau, le divisant en deux lambeaux qui sont écartés latéralement sans être attirés vers le haut et restent ainsi enclavés dans la plaie.

La suture du lambeau conjonctival est faite par quatre points séparés.

b) *Le Procédé de FRANCESCHETTI* — rapporté par Monsieur le Docteur BREGEAT.

Après anesthésie par instillation et rétro-bulbaire, on fait une incision à la pince à la limite postérieure du limbe en se ménageant un bon lambeau conjonctival (6 à 8 mm. au moins).

L'iris est saisi simultanément au niveau de son bord sphinctérien par deux pinces à iris très voisines l'une de l'autre.

L'iris est attiré en dehors de l'incision sclérale, puis chaque pince ramenée de chaque côté de l'incision il s'en suit une rupture médiane du lambeau irien, dont chacune des cornes reste enclavée aux extrémités de l'incision sous le lambeau conjonctival.

3) *La Cyclodialyse.*

Après anesthésie par instillation et injection rétro-bulbaire, incision verticale de la conjonctive au ciseau au niveau du tendon du droit externe sur une hauteur de un centimètre.

L'épislère est soigneusement disséqué pour bien voir à nu la surface sclérale.

Le globe étant fixé avec une pince qui saisit le ten-

don du droit externe, la sclérotique est incisée verticalement au couteau lancéolaire, sur une longueur de 3 mm. environ en avant du tendon, à 6 mm. du limbe.

La spatule coudée d'ELSCHNIG est introduite dans la plaie sclérale, et son extrémité arrondie, dirigée en avant vers le limbe.

Elle doit garder le contact avec la face profonde de la sclérotique, elle chemine tout d'abord assez librement, puis bute contre l'insertion du corps ciliaire, la spatule franchit ce point et apparaît dans la chambre antérieure. On lui fait alors subir quelques mouvements de va-et-vient pour désinsérer le corps ciliaire sur le $\frac{1}{4}$ ou $\frac{1}{3}$ de son pourtour, puis elle est retirée.

La suture conjonctivale est assurée par 2 ou 3 points.

• 4) *L'opération de LAGRANGE modifiée.*

Anesthésie locale à la cocaïne à 2 % et rétro-bulbaire de 2 cc. de novocaïne de 2 à 4 % adrénalinée dix minutes avant l'intervention.

Premier temps.

La taille au sclérotome de DUVERGER ou de LAGRANGE du lambeau scléral et du lambeau conjonctival, par ponction et contre-ponction à 1 millimètre en arrière du limbe, espacées l'une de l'autre de 5 à 6 millimètres. La sclérectomie sera faite un peu plus large et un peu moins haute que dans le glaucome chronique plus large, afin de pouvoir pratiquer une iridectomie plus large moins haute, pour éviter, devant cette largeur accrue, l'engagement ciliaire.

Se réserver un bon lambeau conjonctival.

Deuxième temps.

La dissection minutieuse au couteau de DE GRAEFE

du lambeau conjonctival jusqu'à la ligne d'adhérence de la conjonctive au limbe.

Troisième temps.

La résection du lambeau sclérale au couteau de DE GRAEFE, dirigé tranchant en arrière et en bas.

Quatrième temps.

Iridectomie sphinctérienne.

C'est là que se place la modification essentielle à la technique de LAGRANGE.

La technique de cette iridectomie a été exposée plus haut.

Cinquième temps.

Réapplication du lambeau conjonctival sans suture.

III. — INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Voyons comment appliquer au traitement des hypertensions des Uvéites, les moyens thérapeutiques variés dont nous disposons.

A. — HYPERTENSIONS AIGUES

I. — DES UVÉITES SÉREUSES, EXSUDATIVES, FIBRINOPLASTIQUES.

a) *Localement.*

Nous pratiquons

Une injection rétro-bulbaire de novocaïne adrénalinée avec adjonction d'alcool en cas de douleur.

— Si l'hypertension cède, on pourra instiller prudemment de l'atropine : cette instillation sera pratiquée par l'oculiste lui-même, sous surveillance rigoureuse, le malade étant si possible hospitalisé.

Après l'instillation d'atropine, une poussée d'hypertension peut survenir dans l'heure suivante, mais souvent ensuite l'hypertension diminue et atteint un chiffre inférieur à celui de l'hypertension initiale. Dans ces cas, on pourra alors continuer les instillations d'atropine matin et soir.

Si l'effet de l'atropine n'est pas heureux, il faudra au contraire supprimer ces instillations.

Certains auteurs préfèrent utiliser l'homatropine, mydriatique plus faible dans son pouvoir hypertenseur et dont l'action est plus éphémère que celle de l'atropine. Si son effet est heureux on en instille plus souvent que s'il s'agissait d'atropine.

Enfin, avant l'emploi du mydriatique, certains auteurs préconisent l'application d'une sangsue dans l'angle interne de l'œil.

— Dans les cas où l'hypertension ne cède pas, deux thérapeutiques peuvent être alors envisagées :

1) Si la pupille est libre de synéchies ou d'exsudats, nous pourrons utiliser un collyre à la pilocarpine-éphédrine.

2) Si l'iris est atteint on pourra faire :

— des instillations de glaucollyre, qui n'est qu'un collyre à l'adrénaline à 1 % ; son instillation est souvent assez sensible,

— une injection sous-conjonctivale d'adrénaline aux quatre pôles qui peut réussir dans les cas récents à libérer la pupille de ses synéchies en la dilatant.

Dans tous ces cas, la révulsion sera assurée par l'instillation d'un collyre à la Dionine et par l'application de compresses chaudes sur les paupières.

— Si l'hypertension ne cède pas avec ce traitement, après une nouvelle injection rétro-bulbaire, nous pourrons pratiquer une ponction de la chambre antérieure, suivie d'une instillation d'atropine. On peut objecter que l'humeur aqueuse seconde, étant plus albumineuse, risque d'augmenter les exsudats : à cette objection, peut être plus théorique que pratique, nous pouvons répondre que la ponction de la chambre antérieure fait tom-

ber l'hypertension pendant un temps suffisant pour permettre à l'atropine d'agir.

Les deux jours suivants; on pourra pratiquer l'évacuation de la chambre antérieure à la spatule si l'hypertension est revenue. Après chaque évacuation, on pourra instiller l'atropine, mais nous pensons qu'il ne faut pas continuer ces manœuvres plus de 48 heures au risque d'infection.

— Si ce traitement ne fait pas céder les hypertensions, il faudra attendre si possible que la poussée se calme avec l'instillation de glaucolyle, les révulsifs et le traitement médical associé, car, en même temps, dans tous les cas :

b) On instituera un traitement médical.

Causal si l'étiologie a pu être mise en évidence.

— C'est ainsi par exemple que dans les uvéites hypertensives syphilitiques de la période secondaire, le traitement sera un traitement d'attaque; il pourra être arsenical ou bismuthique, mais dans les formes sévères nous préférons le traitement mixte arseno-bismuthique.

Par contre, l'arsenic ne sera pas indiqué au cours des uvéites hypertensives de la période tertiaire ainsi que chez les vieux syphilitiques : il sera remplacé dans ces cas par le cyanure de Mercure.

— Nous avons déjà vu la conduite que nous devons tenir au cours d'une uvéite hypertensive tuberculeuse dans le chapitre des moyens thérapeutiques.

— Les formes sans étiologie précise ou du type rhumatisme de PONCET sont parfois heureusement influencées par l'alternance d'injections de Dmelcos et de crisalbine, cette dernière étant pratiquée à des doses progressivement croissantes allant de 0,05 à 0,50 gr. et

l'injection étant faite au décours de la poussée thermique créée par le Dmelcos.

Si par contre l'étiologie reste imprécise, nous essaierons d'agir par une médication désinfectante générale salicylée; iodurée, cyanurée, sulfamidée, un traitement de choc (lait, propidon, Dmelcos, Argent colloïdal intra-veineux).

c) Si malgré cette thérapeutique l'hypertension continue

Il ne faudra pas se hâter d'opérer tant que dure le syndrome « uvéal » aigu, car :

— D'une part, on risque d'aggraver l'uvéïte : possibilité d'aggravation de l'hypertension, d'hémorragies, de soudure des bords de l'iridectomie, de ratatinement de l'iris, d'altération de la projection lumineuse par des exsudats sur les membranes profondes, peut être par décollement, d'une hypotension durable résistant aux instillations mydriatiques et pouvant même entraîner l'atrophie du globe.

— D'autre part, devant la chute de l'acuité visuelle, le rétrécissement du champ visuel, il est difficile de dire si ces signes sont dûs au syndrome hypertensif dont la persistance impliquerait l'acte chirurgical, ou s'ils sont imputables au syndrome uvéal, à traiter médicalement.

Donc, il faut calmer le plus possible le syndrome uvéal avant d'intervenir. Ainsi trois éventualités sont possibles :

- 1) L'uvéïte guérit et par là même l'hypertension disparaît : le bilan des séquelles reste à faire.
- 2) D'autres fois, l'uvéïte se calme, mais ne s'éteint pas; l'hypertension persiste plus ou moins marquée : il faut opérer si l'acuité visuelle reste basse, le champ visuel rétréci, au cas où ces si-

gnes seraient alors le fait de l'hypertension, et intervenir comme dans les hypertensions chroniques, c'est-à-dire faire une iridectomie large et une petite sclérectomie du même coup.

- 3) D'autres fois enfin, l'hypertension reste élevée et le syndrome uvéal reste aigu malgré tout : l'un et l'autre entraînent de gros dégâts.

Faut-il opérer ?

Il semble que oui, et dans ce cas, on fera une opération fistulisante : iridectomie complétée d'une sclérectomie pour les uns, cyclodialyse pour d'autres afin de juguler au moins momentanément l'hypertension. Mais il faut alors intensifier le traitement médical, en frappant fort et longtemps.

Quoiqu'il en soit, c'est la main forcée que l'on agit, avec beaucoup de risques, car ce sont là les plus mauvais cas ; le malade est prévenu.

d) Enfin il est quelques contre-indications opératoires.

— L'Uvéite syphilitique de la période secondaire, l'uvéite des maladies infectieuses aiguës bien déterminées doivent guérir avec le traitement médical.

— L'Uvéite tuberculeuse peut guérir avec le traitement médical, ou alors si par exemple un tubercule évolue et s'apprête à perforer la coque, il faut énucléer.

II. — DES UVÉITES PURULENTES.

a) Qu'elles soient post-opératoires ou qu'elles soient consécutives à des traumatismes non opérés d'urgence

ou inopérables, telle l'inoculation septique par piqure transclérable ou transcornéenne.

Localement, on instituera une thérapeutique dirigée contre l'uvéite hypertensive certes, mais surtout contre l'infection : on procédera tout d'abord à la vérification d'une voie lacrymale et l'on pratiquera l'ablation du sac et la cautérisation des canalicules si nécessaires. De même, on fera la cautérisation ignée de la plaie coaptée suivie d'un attouchement à la teinture d'iode pure.

On prescrira des instillations au moins bi-quotidiennes et des injections sous-conjonctivales bi-hebdomadaires de solufontamide.

Quel que soit le microbe en cause, qui plus est s'il s'agit de staphylocoques, on instillera plusieurs fois par jours, et l'on injectera sous la conjonctive deux fois par semaine une solution de Pénicilline.

Pour lutter contre l'uvéite hypertensive, on prescrira l'instillation de pilocarpine éphédrine et des révulsifs.

A cet intense traitement local, nous adjoindrons un traitement général anti-infectieux dont les sulfamides per os et surtout le traitement de choc seront les principes directeurs.

b) Les uvéites purulentes métastatiques, qui comportent, outre leur sévère pronostic local, une gravité certaine au point de vue général, seront justiciables des révulsifs et de la sulfamidothérapie si l'état général permet celle-ci.

III. — L'HYPERTENSION AIGUE DE LA SÉCLUSION PUPILLAIRE COMPLICATION DES UVÉITES EXSUDATIVES OU FIBRINOPLASTIQUES.

Elle nécessite toujours un traitement chirurgical.

— D'emblée, ce sera une transfexion de l'iris.

— Un mois après, une iridectomie : elle est faite en période de calme et elle évite souvent les récives d'uvéite.

On lui associe un traitement médical étiologique si possible, ou du cyanure de Mercure, en tant que désinfectant général si l'on a éliminé de façon certaine l'étiologie tuberculeuse.

L'iridectomie doit également être pratiquée :

— dans les iritis à poussées successives

— dans les formes d'uvéite très synéchiques

d'une part pour éviter la séclusion pupillaire, d'autre part pour arrêter ou tout au moins espacer les poussées.

En outre, on doit opérer avant que l'acuité visuelle soit menacée, lorsque la mydriase atropinique ne se réalise pas ou s'effectue d'une manière incomplète.

Dans la majorité des cas, l'iridectomie sphinctérienne telle que nous la pratiquerons, et dont la technique a été décrite plus haut donne de bons résultats :

— elle espace les poussées hypertensives ou les arrête.

— elle amène dans un grand nombre de cas une amélioration de la vision.

B. — HYPERTENSIONS CHRONIQUES

1) *On fera là encore un traitement médical* étiologique toutes les fois qu'on aura pu mettre la cause en évidence. Dans les autres cas, on fera appel aux désinfectants ou aux désensibilisants généraux.

2) Nous essaierons d'agir localement par les instillations de Pilocarpine-éphédrine ou de Glaucollyre.

3) Mais, si l'acuité visuelle diminue, si le champ visuel se rétrécit, si la papille s'excave, il faut alors considérer que l'hypertension agit plus que sa discrète uvéite causale et qu'elle agit comme dans le glaucome chronique : il faut donc intervenir chirurgicalement.

C'est alors que se pose le problème du procédé à employer.

— *La Sclérecto-iridectomie d'ELIOTT ?*

Nous pensons que non, car ce procédé ne paraît pas fournir toutes les garanties nécessaires à cet effet :

- la décompressive sclérale est très petite et rend l'iridectomie difficile, impossible ou pas assez large.
- l'iridectomie périphérique est insuffisante et peut être dangereuse pour un iris malade, car cette intervention peut donner un coup de fouet à l'iridocyclite; provoquer des poussées, déterminer la formation de synéchies, cause de séclusion ou d'occlusion pupillaire, que l'on cherche au contraire à éviter au maximum par l'iridectomie sphinctérienne.

— *La Cyclodialyse ?*

Ses résultats sont éphémères — les détenteurs de ce procédé pourront objecter que la durée du résultat est suffisante pour la poussée d'uvéite et qu'il n'est pas besoin de toucher à l'iris malade.

Nous pensons qu'on a déjà un résultat au moins aussi bon avec une iridectomie sphinctérienne; mieux vaut donc associer à celle-ci la décompressive sclérale.

— *L'Iridenkleisis ?*

Il est préconisé par certains auteurs comme agissant

encore mieux ici que dans les glaucomes chroniques.

Nous n'en n'avons pas l'expérience, mais cette opération ne satisfait pas l'esprit à *priori*, car on sait les risques d'enclavement d'un iris normal, qui plus est lorsqu'il est enflammé.

- Au pays de LAGRANGE, où l'on taille un bec scléral l'association d'une iridectomie sphinctérienne semble réaliser le procédé de choix.

En effet, l'iridectomie périphérique ne nous paraît pas suffisante et ceci pour plusieurs raisons :

- parce que l'iridectomie périphérique n'empêche pas les synéchies post-opératoires. Or, qui plus est, l'hypertension que nous traitons est secondaire à une uvéite et une poussée inflammatoire peut survenir après l'opération,
- parce que l'iridectomie doit être très large à sa base,
- enfin parce que seule l'iridectomie sphinctérienne arrête ou espace les poussées d'uvéites causales.

La sclérectomie doit être assez large (pour faire l'iridectomie large) mais peu haute vu la largeur (pour éviter la hernie du corps ciliaire).

Nous avons vu la technique de cette intervention fistulisante.

Suites opératoires

Les jours suivants, la chambre antérieure est plate, la pupille est en place, la fistule filtre : on voit une bulle sous-conjonctivale. La tension oculaire est basse.

Au bout de quinze jours, une bulle jamais bien considérable montre le degré de filtration, puis cette bulle dans la majorité des cas devient un coussinet qui pro-

gressivement s'affaisse et au bout d'un ou deux mois, la fistule finit par se tarir.

Mais nous avons remarqué que, dans la règle : l'œil est calme, et la tension oculaire, si elle reste parfois élevée ne l'est jamais autant qu'avant l'intervention; elle se maintient aux environs de 25 millimètres de Mercure.

— Dans les cas heureux — et c'est la règle — la fistule finit par se tarir, mais même si la tension reste un peu élevée, elle ne l'est pas autant qu'avant l'intervention.

— Par contre, il est des cas rebelles où la tension reste très élevée c'est dans ces cas où, si l'état des membranes profondes semble encore assez satisfaisant pour valoir l'intervention, que l'on pourra tenter :

— soit une cyclodialyse

— soit une nouvelle sclérectomie

La faire au couteau, à côté de la précédente est chose possible, mais le lambeau conjonctival se détache très mal de la sclère, retenu à elle par les adhérences de la première intervention. Les chances de fistulisation sous ce lambeau sont donc diminuées. Il vaut mieux disséquer ce lambeau conjonctival aux ciseaux après l'avoir soulevé par une injection de novocaïne sous-conjonctivale et pratiquer une sclérectomie avec la trépan d'ELIOTT ou mieux une sclérectomie au couteau : celle-ci ne risque pas de léser le corps ciliaire et l'on peut lui donner la largeur voulue. Il suffit pour ce faire que l'aide tienne relevé le lambeau conjonctival préalablement disséqué.

— Et malgré cela, on peut se trouver en présence d'hypertensions irréductibles, dans lesquelles tout l'arsenal thérapeutique dont nous disposons actuellement ne parviendra pas à arrêter une évolution irrémédiable vers la cécité.

Il est même des cas où l'œil perdu est si douloureux que l'énucléation est indiquée.

C. — CAS PARTICULIERS

Nous envisagerons dans ce paragraphe, diverses uvéites hypertensives d'étiologie variée, qui relèvent de thérapeutiques particulières à chaque cas.

L'OPHTALMIE SYMPATHIQUE

dont le seul traitement est prophylactique, sera, une fois déclarée, soumise à un traitement médical varié polyvalent fort et prolongé, la chirurgie n'étant qu'un recours ultime qui aboutit bien souvent à un désastre; aussi ce n'est que la main forcée que l'on serait en droit de l'envisager; au maximum ferait-on par exemple une transfixion de l'iris en cas de séclusion pupillaire.

LES UVÉITES HYPERTENSIVES TRAUMATIQUES AUTRES QUE LES PURULENTES.

Le seul vrai traitement de ces formes est prophylactique (réparation des plaies, résection des hernies iriennes, recouvrements conjonctivaux, extraction de corps étrangers magnétiques ou non magnétiques dans la mesure du possible).

Le traitement curatif est généralement insuffisant :

— Médicalement on essaiera d'agir par :

— les désinfectants généraux,

— les injections sous-conjonctivales de sublimé ou de cyanure de mercure,

— les injections sous-conjonctivales d'adrénaline, au besoin une injection rétro-bulbaire de novo-alcool.

— S'il s'agit d'un corps étranger intra-oculaire, on ne fera pas une intervention qui laisserait le corps étranger, ceci en raison de la possibilité de poussées d'uvéite, d'ophtalmie sympathique; il vaudrait mieux alors énucléer que de laisser le corps étranger. Dans le cas d'un corps étranger magnétique; il faut toujours essayer l'extraction, même s'il est ancien; nous en avons un bel exemple.

LES UVÉITES HYPERTENSIVES INFLAMMATOIRES ET NON PURULENTES POST-OPÉRATOIRES.

A la suite d'extractions extra-capsulaires de cataracte

— en présence de masses cristalliniennes, les extraire le plus tôt possible.

— si l'uvéite n'est pas due à la présence de masses, certains auteurs (AMSLER, GOLDMANN) préconisent la cyclodialyse qui, leur donne de bons résultats. La cyclodialyse est éphémère certes, mais comme l'est souvent une poussée d'hypertension, qui dure le temps de la poussée d'uvéite.

Nous n'en n'avons pas l'expérience, mais nous pensons qu'il est préférable de faire une iridectomie large si elle n'a pas déjà été faite, associée à une sclérectomie ou la sclérectomie seule si l'iridectomie a déjà été faite; alors là, une trépanation d'ELLIOTT se conçoit après dissection préalable du lambeau conjonctival.

Mieux encore, comme nous l'avons déjà dit, on pourra disséquer le lambeau, le récliner et faire une sclérectomie type LAGRANGE, qui elle, ne risque pas de léser le corps ciliaire sous-jacent comme un trépan d'ELLIOTT pourrait le faire.

Après les extractions intra-capsulaires de cataracte

les hypertensions d'irido-cyclite se voient s'il y a eu issue de vitré (l'iris s'avale en quelques semaines)

d'où la prophylaxie :

s'il y a issue de vitré, toujours faire une iridectomie sphinctérienne et la faire large.

Une seule abstention est possible; c'est le vitré aqueux qui n'engluie pas l'iris, tel qu'on le rencontre par exemple chez un myope fort.

Le traitement curatif consiste

en injections sous-conjonctivales de sublimé ou de solufontamide à raison de une par semaine, de 3 à 6 en tout, auxquelles on adjoint l'instillation de collyre à la pilocarpine-éphédrine et l'application de compresses chaudes que l'on prescrira pendant 2 ou 3 mois, tant que dure la poussée.

Le traitement chirurgical

ne sera envisagé que plus tard, après au moins 6 mois de calme.

Il consistera, étant donné la trop grande difficulté ou même l'impossibilité de dégager les cornes iriennes enclavées en une iridectomie que l'on pratiquera de la même manière qu'une section de membranule, verticalement si le bord inférieur de la pupille est trop ascensionné.

LES UVÉITES HYPERTENSIVES DIABÉTIQUES.

La glycosurie régit l'intervention dans les cas où l'on peut attendre.

Si elle est inférieure à 10 grammes par litre, on peut opérer si besoin est après traitement médical .

Mais si elle est supérieure à ce chiffre, et qu'on soit obligé d'intervenir (transfixion de l'iris, iridectomie) l'opération est alors très grave, en raison des hémorragies, des poussées et des exsudats qui peuvent survenir.

Dans tous les cas d'intervention chez un diabétique, du reste, des hémorragies imprévisibles sont possibles.

Aussi vaut-il mieux attendre, autant que faire se peut les fins de poussée.

Pendant et après l'opération, toutefois, on associera le traitement insulinique à l'ingestion de sucre.

LES UVÉITES HYPERTENSIVES ASSOCIÉES A UNE KÉRATITE ULCÉREUSE.

L'hypertension sera dans ce cas justiciable d'une ponction de la chambre antérieure qui permettra un traitement efficace de l'ulcère : la cornée mieux nourrie après la disparition de l'hypertension, réparera plus vite ses lésions.

LES UVÉITES HYPERTENSIVES ASSOCIÉES A UNE KÉRATITE INTERSTITIELLE.

C'est dans ces formes que l'injection rétrobulbaire sera particulièrement indiquée, l'atropine sous surveillance et le traitement médical intensif complèteront la thérapeutique de ces uvéites hypertensives associées.

PRONOSTIC

Le pronostic des uvéites hypertensives dépend de la cause de la forme même de l'uvéite.

Si le pronostic de l'ophtalmie sympathique est mauvais quoi qu'on fasse, celui des uvéites hypertensives post-opératoires purulentes ou exsudatives est également sombre; toutefois une lueur d'espoir est apparue avec la thérapeutique sulfamidée et, dans un proche avenir, la mycothérapie va peut être entièrement modifier le pronostic de ces formes redoutables.

La séclusion pupillaire ne comporte pas en elle-même un pronostic mauvais, surtout s'il n'y a pas d'atteinte importante de l'uvée postérieure.

Le pronostic des uvéites hypertensives d'étiologie médicale est lié avant tout à la cause même de l'uvéite; il ne faut pas mésestimer toutefois la valeur du traitement médical et chirurgical adjuvant qui peut dans une large mesure modifier celui-ci.

Mais il faut noter que le pronostic visuel est variable; car si certaines uvéites s'accompagnent d'une forte hypertension permanente, auquel cas le pronostic visuel est très sombre, dans d'autres cas, il y a une hypertension permanente modérée à 30 millimètres de mercure sans poussées paroxystiques avec longue conservation des fonctions visuelles.

Après l'intervention chirurgicale.

Iridectomie sphinctérienne.

Dans des irido-cyclites hypertensives à répétition — comme du reste dans celles qui ne sont pas hypertensives — les poussées sont espacées et même quelquefois supprimées par la seule iridectomie et du même coup la séclusion pupillaire a été évitée. Les fonctions visuelles dépendant alors de l'état du vitré, des membranes profondes, en somme des dégâts qu'a occasionné l'uvéite.

Iridectomie sphinctérienne associée à la sclérectomie.

Il en est de même pour les cas où l'on a pu ajouter une sclérectomie à l'iridectomie sphinctérienne.

Nous avons remarqué que dans les cas heureux, la vision, le champ visuel, se maintiennent normaux ou satisfaisants, et que la tension oculaire reste normale, parfois un peu élevée peut être, mais jamais autant qu'avant l'intervention, même si la fistule se tarit.

Dans d'autres cas, au contraire, malgré cette intervention, malgré le traitement médical, la vision reste basse ou très basse, le champ visuel rétréci, les milieux à peine éclairables, ou alors s'ils s'éclaircissent, ils laissent voir les dégâts du syndrome uvéal : des cicatrices de chorio-rétinite importantes et une atrophie optique où la papille est souvent plus blanche qu'excavée.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Cette Observation nous a été obligeamment communiquée par Monsieur le Docteur BRÉGEAT.

Madame Bi... Renée, âgée de 45 ans, consulte à l'Hôtel-Dieu le 6 mars 1943 pour un trouble visuel intermittent datant de deux mois. Elle accuse une sensation de brouillard qui, maximum le matin, s'atténue dans la journée.

Depuis quelques jours, elle se plaint de douleurs oculaires et de larmoiement, les yeux rougissent.

L'EXAMEN OCULAIRE MONTRE :

A droite :

- Une injection périkeratique,
- un œdème des 3/4 inférieurs de la cornée,
- de nombreux et volumineux précipités de la DESCMET, visibles à l'œil nu,
- la pupille est régulièrement arrondie et se contracte bien à la lumière; la trame irienne est mal visible,
- les milieux sont très mal éclairables.

A gauche :

- Même aspect; l'œdème cornéen est même total et les précipités sur la DESCMET sont plus volumineux qu'à droite.

Le *Biomicroscope* montre des deux côtés :

- un épithélium cornéen boursoufflé,

- un trouble cornéen interstitiel diffus,
- des précipités sur la DESCOMET, nombreux, épais, grisâtres,
- une trame irienne mal visible,
- il n'y a pas d'exsudats sur le bord pupillaire.

Enfin des deux côtés :

- l'acuité visuelle est de 10/10^e après correction avec un sphérique convexe de + 0,50 dioptrie.
- Le champ visuel périphérique est normal.
- La tension oculaire est de 40 mm. de mercure (Tonomètre de SCHIOTZ).

L'EXAMEN GÉNÉRAL est absolument normal.

Le WASSERMAN dans le sang est négatif.

Les examens des spécialistes sont normaux ; une dent cariée a été enlevée il y a trois semaines.

LA RECHERCHE DES ANTÉCÉDENTS.

Apprend que la malade a trois enfants bien portants, mais qu'elle a fait de nombreuses fausses-couches spontanées de 2, 3 et 4 mois. Elle a eu des accouchements compliqués avec rupture précoce de la poche des eaux et placenta anormalement développé.

EVOLUTION ET TRAITEMENT.

Malgré la négativité des réactions sérologiques, on pense à une étiologie syphilitique de cette uvéite aiguë hypertensive, à cause des antécédents obstétricaux et l'on institue un traitement anti-syphilitique :

— Injection intra-veineuse de Cyanure de Mercure un centigramme à jour passé.

Localement, on prescrit un collyre de Pilocarpine-éphédrine à 2 %, 3 fois par jour et des applications de compresses chaudes sur les paupières.

Les jours suivants, la tension oculaire baisse un peu :

TOD = 30.

TOG = 24 (SCHIOTZ), mais les signes cliniques sont les mêmes.

Le 15 mars 1943 : on constate une recrudescence des symptômes oculaires : augmentation de l'injection périkeratique, forte hyperhémie conjonctivale, œdème cornéen total et très marqué. L'acuité visuelle est supérieure à 1/10^e à droite, elle est de 5/10^e à gauche. Le champ visuel périphérique est normal.

La tension est de 30 mm. de Mercure des deux côtés (Schiøtz).

Une injection sous-conjonctivale de une goutte d'adrénaline à 1 pour 1.000 dilate un peu la pupille.

Le traitement précédent est poursuivi.

Le 24 mars, la tension est toujours de 30 mm. de mercure et les signes cliniques identiques.

On fait à chaque œil une injection sous-conjonctivale de sublimé à 1 pour 2.000 (11 gouttes).

Le 1^{er} avril, la tension est toujours de 30 mm. de mercure. On fait de chaque côté une injection rétrobulbaire de 2 cc. de Novocaïne à 4 % adrénalinée.

La tension ne baisse que momentanément pendant trois ou quatre jours et remonte à 30 mm. de Mercure. Aussi,

le 7 avril, après une nouvelle injection rétrobulbaire de Novocaïne adrénalinée, fait-on une ponction de la chambre antérieure au couteau de DE GRAEFE, des deux côtés et l'on instille de l'homatropine à 1 %. Le lendemain et le surlendemain, l'œil étant toujours un peu dur, on renouvelle l'évacuation de la chambre antérieure en introduisant la spatule par l'orifice limbique de la ponction et l'on instille 11 gouttes d'homatropine à 1 %.

La tension se maintient à 23 mm. de Mercure pendant trois jours, puis oscille un ou deux jours entre 25 et 30 mm. pour retomber à 20 mm. de mercure *le 19 avril*.

La série de 18 injections intraveineuses de cyanure de Mercure étant terminée, les signes cliniques étant en légère régression du côté gauche, mais sensiblement les mêmes du côté droit, on institue *le 25 avril* une thérapeutique de choc : injection intramusculaire de 1 cc. de Propidon le 25 avril et de 2 cc. le 27 avril et le 29 avril.

Le 1^{er} mai 1943, l'examen montre :

- une diminution de l'injection périkeratique surtout à gauche,
- des troubles trophiques cornéens épithéliaux,
- de l'anesthésie cornéenne,
- des précipités sur la DESCOMET,
- un rétrécissement nasal du champ visuel de 10° à droite, de 20° à gauche,
- la tension oculaire est :
 - à droite de 30 mm. de Mercure,
 - à gauche de 13 mm. le matin, puis de 25 mm. le soir.

On envisage une iridectomie de l'œil droit le plus tôt possible, mais on reprend la thérapeutique de choc.

Dmelcos intraveineux; une demi-ampoule associée à une série de 12 injections intramusculaires de Bivatol (2 par semaine).

Localement, on instille trois fois par jour II gouttes de Glaucollyre dans chaque œil.

La réaction fébrile au Dmelcos est de 38°.

Les jours suivants,

La tension de l'œil gauche se normalise, celle de l'œil droit s'améliore; aussi l'intervention est-elle retardée.

La malade reçoit en 10 jours 3 injections de Dmelcos-Intraveineux à doses croissantes.

Le 11 mai, l'œil gauche a une tension normale, mais il persiste encore un trouble cornéen.

L'œil droit est toujours un peu rouge, la cornée un peu œdémateuse la tension à 30 mm. de Mercure.

Le 12 mai 1943,

une iridectomie sphinctérienne large est pratiquée sur l'œil droit par le Docteur OFFRET.

Le 25 mai 1943,

la tension oculaire est normalisée par l'iridectomie à droite, et par le glaucollyre à gauche, mais les yeux sont toujours rouges, il y a peu d'amélioration des signes objectifs et fonctionnels. On constate de la desquamation de l'épithélium cornéen, des exsudats sur la DESCOMET, les milieux sont mal éclairables.

La malade quitte l'hôpital le 26 mai et doit continuer les injections intramusculaires de BivatoI.

Le 19 juin, les yeux sont toujours rouges et hypertendus. L'œdème cornéen persiste, plus marqué à droite.

On associe à la série de BivatoI, une série de 12 injections intraveineuses de Cyanure de Mercure.

Le 17 juillet, l'état oculaire est identique à gauche.

A droite, il existe une véritable kératite bulleuse trophique. La papille de l'œil droit est floue, mais non atrophique.

Le 30 juillet,
une ~~sc~~rectomie au trépan d'ELIOTT est pratiquée sur l'œil droit par le Docteur OFFRET.

Le 9 août, la malade quitte l'hôpital. La tension oculaire est de 13 mm. de Mercure à droite et de 20 mm. de Mercure à gauche.

Le 18 août, la tension de l'œil droit est de 30 mm. de mercure, mais l'œil va bien.

Un mois plus tard, la tension de l'œil droit est encore de 30 mm. de Mercure, on ne constate pas de fistulisation sous-conjonctivale.

La vision est de $3/10^e$.

A gauche l'œil est rouge depuis quelques jours. On observe sur le méridien de IV heures un nodule irien dans l'angle camérulaire.

La vision est de $6/10^e$.

On prescrit une nouvelle série de 12 injections de BivatoI.

Le 25 novembre

Les yeux sont calmes :

VOD = $5/10^e$

VOG = $6/10^e$

le champ visuel périphérique est normal des deux côtés.

L'examen du fond d'œil montre :

A droite :

— une papille normale

— un foyer cicatriciel de chorioretinite périphérique temporal.

A gauche :

— une papille normale

— un foyer cicatriciel de chorio-rétinite périphérique inféro-temporal.

La tension oculaire est de 27 mm. de Mercure à droite, de 30 mm. à gauche.

On prescrit un collyre de Pilocarpine-Ephédrine à 2 %.

Le 3 février 1944

La malade va bien. La vision est de 6/10^e des deux côtés le champ périphérique est normal, mais la tension est de 35 mm. des 2 côtés.

On prescrit une série de 12 injections intra-veineuses de Cyanure de Mercure.

Le 17 avril 1944

L'œil droit est calme.

L'œil gauche rougit encore un peu.

La vision est de 7/10^e tant pour l'œil gauche que pour l'œil droit.

La tension est à droite de 30 mm. de mercure à gauche de 45 mm.

Le 11 mai 1944

Les yeux sont calmes.

La vision de l'œil droit est de 8/10^e après correction par un sphérique concave de — 0,50 dioptrie ; celle de l'œil gauche est de 9/10^e sans correction.

Le champ visuel périphérique est normal.

La tension oculaire est de : 40 mm. de mercure à droite et 32 mm. de Mercure à gauche.

Le 25 mai 1944

une sclérecto-iridectomie de l'œil gauche est pratiquée par le Docteur BRÉGEAT, sclérectomie au couteau, assez large et peu haute, iridectomie sphinctérienne.

Les suites opératoires sont normales.

La fistule filtre normalement pendant un mois et demi, puis s'affaïsse, tandis que la tension demeure normale.

Le 14 juin 1944.

Les yeux sont calmes. L'acuité visuelle est de :

8/10^e pour l'œil droit

9/10^e pour l'œil gauche.

La tension de l'œil droit est de 28 mm. de mercure, celle de l'œil gauche de 26 mm. de mercure.

Le 25 novembre 1944

Les yeux sont calmes; la cornée, ainsi que la trame irienne sont normales.

L'examen du fond de l'œil ne montre pas de nouveaux foyers de chorio-rétinite, les papilles sont normales.

La vision de 9/10^e pour l'œil droit est revenue à l'unité pour l'œil gauche.

La tension, identique pour les deux yeux est de 26 mm. de mercure au Tonomètre de SCHIOTZ.

On prescrit du sirop de GIBERT à prendre pendant plusieurs mois, à raison de 10 jours par mois.

*
**

COMMENTAIRES.

Cette observation, à elle seule, peut illustrer ce que nous écrivons au point de vue clinique comme au point de vue thérapeutique.

a). Au point de vue clinique

Nous retrouvons ici des signes d'hypertension propres aux uvéites, et que l'on ne rencontre pas dans les glaucomes primitifs.

- accoups éphémères d'hypotension sur un fond d'hypertension oculaire permanente,
- douleurs relativement peu marquées,
- pupille peu dilatée pour une pupille intacte, libre de synéchies,

- milieux troublés autant par les exsudats vitréens que par l'œdème de la cornée,
- retour à la normale des signes fonctionnels : acuité et champ visuels — d'ailleurs longtemps bien compensés — et disparition des signes objectifs (précipités, œdème cornéen flou papillaire) après un an et demi d'évolution.

b) Au point de vue thérapeutique.

- Le traitement anti-syphilitique — traitement de fond — n'a jamais été abandonné, malgré l'apparition de poussées en cours de traitement. On ne peut affirmer si l'affection, qui a évolué un an et demi, aurait guéri sans ce traitement, mais ce dernier semble avoir eu une action certaine.
- Le traitement de choc associé a paru agir momentanément en renforçant peut être l'action du traitement anti-syphilitique.
- Localement tous les essais thérapeutiques ont été faits : les injections rétrobulbaires ont eu une action éphémère de même que les ponctions de la chambre antérieure, mais ont permis l'instillation d'homatropine pendant que la tension était normalisée.

c) Au point de vue chirurgical.

- L'iridectomie sphinctérienne seule a paru nécessaire, mais insuffisante si l'on en juge par son action de courte durée sur la tension.
- La trépanation d'ELLIOTT a eu un effet tout aussi éphémère, et l'on peut se demander si elle n'eut pas été néfaste dans un cas où l'iridectomie eut été périphérique.
- L'iridectomie sphinctérienne associée à une sclé-

rectomie au couteau, type LAGRANGE du côté gauche peut ici se comparer aux interventions chirurgicales pratiquées du côté droit atteint du même mal : la tension oculaire gauche a été normalisée beaucoup plus rapidement qu'à droite et l'œil gauche a guéri plus rapidement que le droit.

- Il semble enfin que la guérison de l'uvéite par le seul traitement médical n'ait pas suffi à juguler cette hypertension, bien que ce traitement nous ait paru primordial.

OBSERVATION N° 2

Cette observation nous a été obligeamment communiquée par Monsieur le Docteur LELIÈVRE.

Madame G... Joséphine, 42 ans, a été suivie en 1941 à la consultation de l'Hôpital Saint-Louis pour une iridocyclite bilatérale avec synéchies postérieures. La vision de l'œil droit était de 10/10°, celle de l'œil gauche de 3/10°.

L'étiologie est restée inconnue malgré tous les examens cliniques et de laboratoire.

La malade a été traitée par plusieurs séries d'injections intra-veineuses de cyanure de mercure qui ont donné des améliorations passagères.

Le 23 décembre 1942,

la malade présente une poussée d'iridocyclite de l'œil gauche, la vision de cet œil tombe à 1/10°, celle de l'œil droit à 5/10°.

La tension oculaire avant toute instillation d'atropine est pour l'œil droit de 30 mm. de mercure, pour l'œil gauche de 23 mm. de mercure.

L'injection sous-conjonctivale d'adrénaline ne dilate pas la pupille tant à l'œil gauche qu'à l'œil droit. L'instillation d'atropine dans l'œil gauche amène la régression de la poussée.

La malade revient consulter le 18 janvier 1944, pour une vive douleur de l'œil droit.

L'œil droit est rouge, dur

l'iris est en tomate, la séclusion pupillaire est complète.

Le Tonomètre de SCHIOTZ accuse une tension de 70 mm. de mercure.

L'œil gauche est un peu rouge,

La séclusion pupillaire est presque complète.

La tension est de 25 mm. de mercure.

Le Docteur LELIÈVRE pratique d'urgence une transfixion de l'iris de l'œil droit, qui fait baisser l'hypertension à 30 mm. de mercure.

Le 15 février 1944

La séclusion pupillaire de l'œil gauche s'étant complétée, la malade revient à la consultation pour une douleur identique à celle qu'elle avait ressenti à l'œil droit un mois plus tôt.

L'iris est en tomate.

La tension est de 80 mm. de mercure au tonomètre de SCHIOTZ.

Une transfixion de l'iris est pratiquée sur l'œil gauche par le Docteur LELIÈVRE; celle-ci fait baisser la tension à 25 mm. de mercure.

Le 13 mars 1944

L'œil droit présente des signes d'irido-cyclite atténuée, la tension oculaire est de 30 mm. de mercure.

On pratique une injection sous-conjonctivale de cyanure de mercure.

L'œil gauche va bien.

Le 24 mars 1944

L'œil droit présente une nouvelle poussée d'hypertension aiguë :

l'œil est douloureux, la tension est de 70 mm. de mercure, les orifices de la transfixion sont obstrués.

On pratique une injection rétro-bulbaire de novocaïne-alcool à 60°.

Le 3 avril 1944

L'œil droit est toujours rouge et à nouveau douloureux, mais au doigt, ne paraît pas hypertendu.

Une injection rétro-bulbaire de novocaïne-alcool à 60° calme les douleurs.

Le 7 avril 1944

Réapparitions de douleurs extrêmement violentes :

L'œil droit; l'œil est rouge.

La cornée et la chambre antérieure sont troubles.

La vision réduite à la perception lumineuse.

La tension est de 60 mm. de mercure.

L'œil gauche; l'œil est rouge, un peu douloureux, sa tension est de 40 mm. de mercure.

Le traitement institué est alors le suivant :

- injection de propidon 1 cc. — 2 cc. — 2 cc. à jour passé
- instillation d'un collyre de cocaïne-éphédrine à 2 %
- applications de compresses chaudes.

Le 20 avril 1944

Les deux yeux sont redevenus plus calmes, mais les milieux sont invisibles.

Une iridectomie sphinctérienne est alors pratiquée sur l'œil droit sans incident.

Le 24 mai 1944

L'œil droit est un peu rouge, mais non douloureux.

La malade perçoit les mouvements de la main, mais, la projection lumineuse est douteuse du côté nasal.

L'examen ophtalmoscopique montre une excavation glaucomeuse et une atrophie optique légère.

La lampe à fente met en évidence :

- de nombreuses synéchies surtout au pourtour de l'aire pupillaire et sur la tranche de l'iridectomie
- des exsudats dans le champ pupillaire
- un iris pâle avec des foyers d'atrophie
- de très rares précipités non pigmentés sur la DESCOMET
- pas de phénomène de TYNDALL dans la chambre antérieure.

La tension oculaire est de 62 mm. de mercure (SCHIOTZ).

L'œil gauche a une vision de $1/10^{\circ}$.

Le champ visuel paraît rétréci en dedans.

L'examen du fond d'œil montre :

— des milieux troubles

— une papille paraissant normale, sans excavation ni atrophie

La lampe à fente met en évidence :

— une séclusion pupillaire

— quelques exsudats dans le champ pupillaire

— de très rares précipités non pigmentés sur la DESCOMET

— un iris présentant des plages d'atrophie.

La tension oculaire est de 38 mm. de mercure.

Une sclérectomie type LAGRANGE avec iridectomie sphinctérienne est envisagée pour l'œil gauche; elle est pratiquée le 14 juin 1944. Les suites opératoires sont normales.

Le 8 août 1944

L'œil droit reste dur.

L'œil gauche présente une tension normale, mais la fistule est plate et ne filtre pas.

Le 11 octobre 1944

La tension reste élevée à l'œil droit alors qu'à l'œil gauche elle est normale.

Le 11 décembre 1944

L'œil droit a une vision nulle

Les milieux sont troubles.

A l'examen du fond d'œil, on note une grosse excavation papillaire et une atrophie peu marquée.

La tension est de 60 mm. de mercure (SCHLOTZ).

L'œil gauche a une vision inférieure à $1/10^{\circ}$.

La projection lumineuse est absente dans le champ inférieur.

— Les milieux sont moins troubles.

— Au fond d'œil, on note une excavation papillaire discrète et une papille de teinte rosée.

La tension est de 22 mm. de mercure.

La lampe à fente ne montre pas de précipités tant à l'œil droit qu'à l'œil gauche.

Durant toute l'évolution, des séries d'injections de cyanure de mercure intraveineux ont été associées aux traitements locaux.

COMMENTAIRES.

Cette observation nous montre qu'une transfixion de l'iris n'agit guère plus d'un mois, le fait est bien connu, et que, si elle permet de retarder l'iridectomie qui serait faite dans de mauvaises conditions au cours d'une poussée d'iridocyclite avec hypertension, elle ne permet nullement de surseoir à cette iridectomie.

La comparaison de l'état de l'œil gauche avec celui de l'œil droit nous permet enfin de juger de la supériorité de la sclérectomie associée à l'iridectomie sphinctérienne, même si la filtration ne dure guère plus de quelques semaines.

OBSERVATION N° 3

Cette observation nous a été obligeamment communiquée par Monsieur le Docteur BRÉGEAT.

Madame R... Claire, âgée de 64 ans, est envoyée le 10 avril 1944 au Docteur BRÉGEAT par un confrère avec le diagnostic de glaucome chronique bilatéral.

La malade a été traitée depuis 4 à 6 mois par des séries d'injections de calcium, de Naïodine et d'Acécoline.

L'EXAMEN OCULAIRE MONTRÉ :

A droite :

Un œil blanc, indolore, dont la vision est réduite à 1/20°.

— Le champ visuel est très altéré : il est rétréci :

- en haut, en dedans et en bas, au point de fixation;
- en dehors, de 20° environ.
- Les milieux sont normaux.
- L'examen ophtalmoscopique révèle une excavation papillaire de 3 dioptries avec un léger degré d'atrophie. Les artères rétiniennes sont un peu rétrécies.
- La tension oculaire est de 48 mm. de mercure au Tonomètre de SCHIOTZ.

A gauche :

- Aucune altération morphologique apparente.
- La vision est de 5 à 6/10°.
- Le champ visuel est à peine rétréci concentriquement.
- Les milieux sont normaux.
- L'examen du fond de l'œil montre; une papille très légèrement excavée, un peu pâle, quelques points pigmentés péri-papillaires; des artères un peu irrégulières de calibre.
- La tension est de 35 mm. de mercure (SCHIOTZ).

L'EXAMEN MICROSCOPIQUE MONTRE DES DEUX COTÉS :

Des pigments sur la cristalloïde antérieure.

Des précipités fins, ronds, assez anciens sur la DESCMET, ils apparaissent pigmentés à la partie inférieure de la membrane.

• Le diagnostic porté est celui d'hypertension et cyclite ancienne.

UN EXAMEN GÉNÉRAL COMPLET et la recherche des antécédents ne permettent pas de retrouver la cause de la cyclite.

EVOLUTION ET TRAITEMENT.

Devant l'absence d'étiologie précise, on institue un traitement anti-infectieux général : injections intraveineuses d'Iodaseptine : une série de 12 injections à jour passé.

Localement, en raison des signes constatés à l'œil droit l'intervention est décidée; en même temps l'on prescrit un collyre à la Pilocarpine : instillation d'une goutte quatre fois par jour dans l'œil gauche.

Le 11 avril 1944.

Le Docteur BRÉGEAT pratique une sclérecto-iridectomie de LA-GRANGE avec iridectomie sphinctérienne. Les suites opératoires sont normales.

Le 25 avril 1944

L'œil droit est calme, la fistule est assez plate, mais filtre, la vision est toujours égale à $1/20^e$ mais par contre le champ visuel s'est élargi de 15° environ.

La tension oculaire est de 14 mm. de mercure (après massage).

L'œil gauche a une vision de $6/10^e$, le champ visuel est identique à celui pris le 10 avril.

La tension oculaire est de 38 mm. de mercure (SCHIOTZ).

L'instillation de pilocarpine 4 fois par jours est continuée.

Le 1^{er} mai 1944

La fistule de l'œil droit continue à filtrer assez bien; la tension oculaire est de 20 mm. de mercure.

L'œil gauche est calme, mais sa tension est toujours de 38 mm. de mercure; aussi l'intervention est-elle décidée.

Le 2 mai 1944

Le Docteur BRÉGEAT pratique sur l'œil gauche une sclérototomie avec iridectomie sphinctérienne sans incident.

Les suites opératoires sont normales et nous revoyons la malade le 16 mai 1944.

L'œil droit est calme, la fistule est aplatie.

— Le champ visuel est identique à celui du dernier examen.

— Le biomicroscope montre des pigments pré-cristalloïdiens en couronne.

— La tension oculaire est de 26 mm. de mercure.

L'œil gauche accuse une vision de $4/10^e$ faible, qui après correction n'est pas modifiée.

— La fistule est assez plate.

— La pupille est nette.

— La tension oculaire est de 15 mm. de mercure (SCHIOTZ).

Des massages de la fistule sont prescrits et un traitement général institué :

— 3 séries de 18 injections intraveineuses de cyanure de mercure, par an.

— Dans l'intervalle des séries, sirop de GIBERT.

— Enfin un comprimé de Padutine matin et soir 5 jours sur 10 pendant 3 mois.

Le 23 mai 1944, les deux yeux sont calmes, la vision de l'œil gauche de 4/10^e, celle de l'œil droit de 1/20^e.

— Les champs visuels sont identiques.

— Les fistules sont plates.

La tension oculaire est :

— pour l'œil droit de 22 mm. de mercure.

— pour l'œil gauche de 16 mm. de mercure.

Le 4 octobre 1944

— Les yeux sont calmes.

— Les fistules inexistantes.

— La vision et le champ visuel n'ont pas subi de modifications.

La tension oculaire est de :

— pour l'œil droit de 22 mm. de mercure.

— pour l'œil gauche de 18 mm. de mercure.

L'examen ophtalmoscopique ne montre aucune modification à l'œil droit, par contre on note à l'œil gauche l'apparition d'une petite hémorragie sur le trajet de l'artère temporale inférieure.

Le traitement institué au mois de mai est continué; on lui adjoint l'instillation d'une goutte de pilocarpine le soir.

La malade est revue en décembre 1944 .

Les yeux sont calmes, champs visuels et visions sont identiques.

— Au fond d'œil gauche la petite hémorragie se résorbe.

— La lampe à fente ne montre pas de nouveaux précipités.

— La tension oculaire est normale à droite et à gauche.

COMMENTAIRES.

Nous avons ici l'exemple d'une cyclite chronique hypertensive, associée à des phénomènes vasculaires rétiens du type artéritique. Seule la sclérecto-iridectomie a paru arrêter l'évolution. L'iridectomie a été sphinctérienne. La fistulisation a duré un mois environ. La tension s'est normalisée.

OBSERVATION N° 4

Cette observation nous a été obligeamment communiquée par Monsieur le Docteur BRÉGEAT.

Monsieur Pa... Henri, âgé de 62 ans, consulte le Docteur BRÉGEAT le 14 avril 1944 pour vérification de son état oculaire. Il a été traité il y a deux ans par les Docteurs DUVERGER et BRÉGEAT pour une hypertension de l'œil gauche au cours d'une uvéite chronique vraisemblablement d'origine intestinale, car pour toutes lésions, seul un état intestinal déficient (colites, fermentations) a pu être mis en évidence.

La tension oculaire était alors de 35 mm. de mercure; le champ visuel présentait un rétrécissement irrégulier. Au traitement local institué : collyre à la pilocarpine-éphédrine-dionine a été associé un traitement général à base d'uroformine et de calomel.

Le 14 avril 1944

L'œil droit présente une acuité visuelle de 9/10^e après correction par un sphérique concave de 2.50 dioptries.

La pupille, le champ visuel, le fond de l'œil et l'examen biomicroscopique sont normaux.

La tension oculaire est de 20 mm. de mercure.

L'œil gauche a une vision de 5/10^e après correction par un cylindrique concave de 1,25 dioptries à 120° et un sphérique concave de 2.50 dioptries.

La pupille est dilatée, ovalaire, à grand axe horizontal.

On note une immobilité pupillaire tant à la lumière qu'à la convergence ainsi qu'une atrophie irienne du côté temporal.

Le champ visuel est irrégulièrement rétréci à 30°, autour du point de fixation, sauf dans le quadrant temporal inférieur, où il atteint 65°.

Au fond d'œil, la papille apparaît un peu décolorée et l'on note une très légère ébauche d'excavation.

La lampe à fente met en évidence de fins précipités anciens et peu pigmentés, en assez grande quantité.

La tension oculaire est de 16 mm. de mercure.

Le traitement déjà prescrit est poursuivi d'une façon intermittente :

— Calomel à un centigramme 10 jours par mois pendant 3 mois.

— Emgé aux mêmes doses, de la même façon.

COMMENTAIRES.

Exemple d'une uvéite chronique hypertensive peut-être d'origine intestinale, arrêtée au moins momentanément par le seul traitement médical,

— général : désinfection intestinale
désensibilisation

— local : pilocarpine-éphédrine pendant la poussée

Pendant la poussée d'hypertension, le problème de l'intervention s'est posé :

Iridectomie sphinctérienne seule ?

Iridectomie sphinctérienne associée à la sclérectomie ?

La régression de l'hypertension n'a pas rendu l'intervention nécessaire.

OBSERVATION N° 5

Cette observation nous a été obligeamment communiquée par Monsieur le Docteur BRÉGEAT.

Monsieur Po... Arthur, 29 ans, vient consulter le Docteur BRÉGEAT le 16 mars 1943 pour avis sur l'iritis droite qu'il présente depuis juin 1942.

En mai 1942, le malade a fait une tuberculose ganglionnaire pulmonaire et inguinale (diagnostic anatomo-pathologique de biopsie).

Un mois après, il fait une atteinte d'iritis de l'œil droit qui a été traitée par des instillations d'atropine.

Un traitement par l'Antigène méthylique a été prescrit; il a manifestement amélioré l'état pulmonaire et inguinal, mais est resté sans effet sur l'état oculaire; l'œil n'a été douloureux qu'a la première poussée d'iritis.

En février 1943, le malade accuse une baisse très rapide de la vision de son œil droit.

L'EXAMEN OCULAIRE MONTRE le 16 mars 1943 :

A droite :

— Une acuité visuelle réduite à la perception lumineuse; le malade voit à peine les mouvements de la main.

La projection lumineuse est bonne, mais semble mieux perçue du côté temporal.

L'iris présente un aspect en tomate; il est mamelonné, finement vascularisé par endroits, sans nodules : on voit des exsudats sur le bord libre et la séclusion pupillaire est complète.

Au biomicroscope, on note sur la membrane de DESCOMET de petits précipités réguliers et ronds.

L'œil est calme et ne rougit qu'après la prise de la tension qui est de 40 mm. de mercure (SCHIOTZ).

A gauche :

— Une acuité visuelle de 10/10°.

— Un œil normal.

On porte donc le diagnostic de séclusion pupillaire d'iritis tuberculeuse droite.

On prescrit une série de 18 injections intraveineuses de gluconate de calcium à 10 % (ampoules de 10 cc.) :

L'application de compresses chaudes sur l'œil droit et

Le 18 mars 1943

Le Docteur BRÉGEAT pratique une transfixion de l'iris : quatre trous sont obtenus : l'iris saigne un peu à la détente; la chambre antérieure est progressivement vidée à la spatule.

L'absorption de chloro-calcium est prescrite.

Le lendemain,

L'iris est toujours aussi tomatoïde, on ne distingue pas les orifices de transfixion.

Le surlendemain,

L'iris est moins tomatoïde et on devine les trous 1, 3 et 4. La tension oculaire est de 26 mm. de mercure.

On prescrit des instillations de pilocarpine-éphédrine. La vision de l'œil droit est toujours identique et réduite à la perception lumineuse.

Du 20 mars au 7 avril, l'œil a rougi deux fois, mais la sédation survient par des applications de compresses chaudes.

Le 7 avril 1943

L'état oculaire est identique.

La projection lumineuse est bonne sauf au centre.

L'iris est presque aussi tomatoïde on distingue très nettement l'orifice de transfixion externe. A la lampe à fente, l'iris apparaît polymamelonné avec des vaisseaux sillonnant sa surface. Les synéchies sont très fines.

L'œil est calme et ne rougit qu'à la prise de la tension oculaire qui est de 35 mm. de mercure (SCHIOTZ). L'iridectomie de l'œil droit est décidée pour le lendemain et

Le 8 avril 1943,

Le Docteur BRÉGEAT pratique une iridectomie sphinctérienne.

Les suites opératoires sont normales.

Le 14 avril 1943,

L'état de l'œil droit est satisfaisant. La pupille est en trou de serrure; il y a un léger hyphéma.

La tension est de 10 mm. de mercure.

Les milieux sont inéclairables, fait expliqué par une hémorragie du vitré puisque « la vision chuta brusquement un jour de février pendant l'évolution ».

Le malade percevrait mieux les mouvements de la main.

A la lampe à fente, le phénomène de TYNDALL est positif; on note un hyphéma. L'iris présente des nodules évidents de type tuberculeux (les mamelons de l'iris en tomate) dont un inférieur et un nasal.

Le traitement prescrit est alors le suivant :

- Instillation d'atropine (avec surveillance tensionnelle).
- Injections sous-conjonctivales de chlorure de sodium, une série de 6 injections à raison d'une par semaine.
- Injections de vaccin de VAUDREMER à doses progressives, d'abord avec les doses faibles puis avec les doses fortes.

Le malade a été revu trois mois après, il distinguait mieux les objets, mais la vision de l'œil droit était toujours inférieure à 1/10°. La projection lumineuse était bonne.

L'œil était calme, la trame irienne normale, les milieux éclairables.

Trois séries annuelles de vaccin de VAUDREMER et de gluconate de calcium ont été prescrites pendant deux ans.

COMMENTAIRES.

La transfexion de l'iris n'a pas suffi à faire rétro-céder l'hypertension de cette séclusion pupillaire par iritis tuberculeuse : fait exceptionnel mais qui laisse penser que des synéchies irido-capsulaires bridaient

l'iris en formant des logettes où s'accumulait l'humeur aqueuse, d'où l'aspect mamelonné de la membrane irienne. La persistance de l'hypertension peut être aussi expliquée par une nouvelle hémorragie intra-vitréenne comme cela se voit au cours d'uvéites tuberculeuses.

OBSERVATION N° 6

Cette observation nous a été obligeamment communiquée par Monsieur le Docteur BRÉGEAT.

Monsieur M... Roland, 37 ans, mécanicien nous est envoyé le 20 novembre 1944 pour un trouble visuel de l'œil gauche.

L'interrogatoire et les notes transmises par Monsieur le Docteur GAUTRAND, ophtalmologiste à Asnières montrent que ce trouble visuel est apparu il y a environ un an; la vision qui était normale à cette époque a baissé par à-coups tandis que l'on constatait une modification d'un astigmatisme cornéen passant de 90° — 0,50 dioptries à 0° — 3 dioptries, puis à 0° — 1.25 dioptries. En même temps, à différentes prises de tension oculaire au Tonomètre de SCHIOTZ, on relevait les chiffres de 32, 26, 20, 14, 30 et ces alternances d'hypertension et d'hypotension se manifestaient les derniers mois, soit à des examens successifs, soit dans la même journée. On constatait également à ces examens un trouble du vitré rendant le fond d'œil inéclairable alors que d'autres fois les milieux étaient clairs et le fond d'œil bien visible.

Des injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure ont été pratiquées.

Depuis quelques jours, l'œil est devenu rouge, douloureux, (la douleur est péri-orbitaire), photophobe et larmoyant, et un œdème du bord libre de la paupière supérieure est survenu.

Examen :

Au moment où nous voyons le malade, nous constatons une érosion de la cornée de l'œil gauche qui empêche de prendre l'acuité

visuelle et de voir les détails du fond d'œil, mais déjà l'on peut noter qu'il existe un ou deux corps flottants dans le vitré; la lueur pupillaire est bonne, le champ visuel est normal, la tension oculaire est environ de 30 mm. de mercure (appréciation digitale).

L'examen biomicroscopique ne permet pas de dire s'il existe ou non des précipités derrière cette large érosion cornéenne.

L'examen général ne révèle rien de particulier. On ne trouve aucune cause apparente locale ou générale susceptible d'expliquer l'uvéite : on apprend seulement en fouillant les antécédents que le malade, à l'âge de 17 ans, aurait eu un léger traumatisme de l'œil gauche en frappant avec un marteau sur un corps métallique; un éclat aurait touché son œil, mais n'aurait pas pénétré aux dires d'un oculiste de province consulté à ce moment.

Le diagnostic d'attente est celui d'uvéite postérieure hypertensive avec ulcère de cornée.

On prescrit une pommade au bleu de méthylène à 1 pour 500, et des pansements oculaires ainsi qu'une série de 12 injections intraveineuses de cyanure de mercure à un centigramme, cependant qu'on réclame d'urgence des radiographies de l'orbite face et profil pour élucider la question du corps étranger pénétrant.

La radiographie est positive et montre la présence d'un tout petit corps étranger métallique que l'on peut localiser dans la partie antéro-inférieure de l'œil, approximativement dans la région du corps ciliaire.

Le 14 décembre 1944,

Nous revoyons le malade :

L'ulcère de cornée est guéri, l'acuité visuelle est de : (0° — 2,5 dioptries) + 0,75 dioptrie = $1/10^{\circ}$ faible; le champ visuel paraît assez rétréci en haut et du côté nasal. On constate une légère injection périkeratique et l'examen ophtalmoscopique montre une excavation glaucomateuse avec un léger degré d'atrophie papillaire.

Au doigt la tension oculaire peut être évaluée entre 30 et 40 mm. de mercure.

Le biomicroscope montre la présence sur la DESCOMET de quelques fins précipités plutôt anciens.

La seule règle de conduite à tenir est la tentative d'extraction de ce corps étranger de 20 ans.

Le 16 décembre 1944.

L'épreuve de l'électro-aimant géant (type André WALTER) est positive et la douleur provoquée permet de localiser ce corps étranger sur le méridien de 4 heures 30 à 5 millimètres du limbe, c'est-à-dire en plein corps ciliaire.

Comme le cristallin est normal, l'extraction de ce corps étranger est tenté aussitôt par voie postérieure.

L'intervention est pratiquée le même jour à la *Clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu* par le Docteur BRÉGEAT.

Injection rétro-bulbaire de 2 cc. de novocaïne à 2 %. Injection sous-conjonctivale dans le quadrant inféro-externe de 1 cc. de novocaïne à 2 %. Incision de la conjonctive à 12 millimètres du limbe, de 3 heures à 6 heures. Dissection de la conjonctive en allant vers le limbe sur le méridien de 4 heures 30, on fait à 5 millimètres du limbe une petite incision sclérale au couteau de DE GRAEFE parallèle au limbe et de 2 millimètres de long.

L'électro-aimant ne donne aucun résultat.

On fait une incision perpendiculaire à la première en partant de son bord supérieur et en allant en arrière, incision de 2 à 3 millimètres de longueur. On obtient ainsi un volet scléral que l'on dissèque soigneusement et facilement de l'uvée.

L'électro-aimant fait alors très légèrement pointer le corps étranger en dehors du volet du côté du bord supérieur; on prolonge alors l'incision circulaire de la sclérotique sur 1 ou 2 millimètres vers le haut et l'on obtient ainsi un deuxième volet scléral que l'on récline facilement. L'uvée gris-noire apparaît à nu.

L'électro-aimant extrait alors d'un seul coup un petit corps étranger métallique de 1 millimètre d'épaisseur, de 1 millimètre de large et de 2 millimètre de long acéré à ses extrémités et sur un de ses bords.

Ce corps étranger est entouré d'une fine gangue fibrineuse.

Une perle de vitré apparaît hors du trou uvéal; elle est mou-
chée à la pince-ciseaux et l'on fait deux sutures en U au fil de
cornée, conjonctivo-scléro — scléro-conjonctival. La conjonctive est
saturée par un surjet au fil de soie.

On instille une goutte de solufontamide à 33 % et l'on applique
un pansement monoculaire que l'opéré gardera pendant 8 jours.

Les suites opératoires sont normales.

L'opéré ne souffre pas, le surjet est enlevé le cinquième jour,
et les fils conjonctivo-scléraux le huitième.

Le douzième jour nous revoyons l'opéré; il se plaint depuis
deux jours de fortes douleurs péri-orbitaires, son œil est rouge,
photophobe larmoyant et dur (tension oculaire approximativement
à 60 mm. de mercure); on constate un nodule blanc sous-conjunc-
tival au niveau de la cicatrice sclérale, le fond d'œil est un peu
troublé par l'état des milieux, le champ visuel est inchangé; le
bionmicroscope montre le phénomène de TYNDALL dans la chambre
antérieure et quelques fins précipités sur la DESCOMET.

On fait une injection rétro-bulbaire de novocaïne-alcool qui
ramène presque aussitôt la tension oculaire à un chiffre qui pa-
rait être encore un peu supérieur à la normale, et qui soulage
instantanément l'opéré.

On fait une galvano-cautérisation du nodule sous-conjonctival,
et une injection sous-conjonctivale de 0,50 cc. de solufontamide à
33 %.

On prescrit des instillations de pilocarpine-éphédrine à 2 %
suivies de compresses chaudes.

Le 2 janvier 1945,

On revoit l'opéré; son œil va bien, il n'est pas douloureux,
la tension oculaire paraît à peine supérieure à la normale ($T =$
 $n + 0,50$ au doigt). L'œil est rouge dans le quadrant inféro-tem-
poral de la conjonctive bulbaire; le nodule blanc a disparu.

Le champ visuel est identique. L'acuité visuelle est d'environ 2/50°. Le biomicroscope montre en effet de l'œdème cornéen et quelques fins précipités sur la DESCOMET. Le fond d'œil paraît sans changement.

On prescrit une thérapeutique de choc : 6 injections intra-musculaires de 2 cc. de lactoprotéïde à jour passé.

Le 8 janvier 1945.

L'opéré va mieux, l'œil est à peine rouge, les réactions fébriles de la thérapeutique de choc n'ont pas dépassé 38°; le champ visuel est identique, l'acuité visuelle est de 1/10° faible.

La tension oculaire par les manœuvres digitales paraît à peine élevée, (entre 25 et 30 millimètres de mercure).

Le biomicroscope montre de discrets précipités qui se pigmentent, l'œdème cornéen a disparu, mais on constate un important piqueté épithélial.

La pupille est trop rétrécie pour que l'on puisse examiner la périphérie du fond de l'œil.

Les instillations du collyre à la pilocarpine-éphédrine et les applications de compresses chaudes sont poursuivies en même temps qu'on institue une thérapeutique anti-inflammatoire banale : une série de 12 injections intra-veineuses de cyanure de mercure à un centigramme.

COMMENTAIRES.

Nous sommes ici en présence d'un cas exceptionnel et rarissime d'un corps étranger métallique magnétique enclavé dans le corps ciliaire et toléré pendant près de 20 ans sans réaction uvéale, sans sidérose, pas plus cristallinienne qu'uvéale.

Ce corps étranger a pourtant depuis un an réagi en produisant une uvéite hypertensive qui n'a pas rétréci le champ visuel (le rétrécissement nasal supérieur cons-

taté avant l'intervention semble en rapport avec les lésions locales créées par le corps étranger) mais l'acuité visuelle après avoir été longtemps bien compensée a chuté rapidement.

L'excavation papillaire semble montrer que cette hypertension durerait en réalité depuis assez longtemps. L'ulcère cornéen, dont l'origine traumatique pourrait être suspectée, nous semble ici d'origine trophique.

Chez ce malade, ce qu'il ne fallait pas faire, c'était une intervention fistulisante en laissant le corps étranger intra-oculaire : on se serait exposé à une possibilité d'ophtalmie sympathique dont on connaît le désastre.

Si le corps étranger n'avait pu être extrait la seule indication thérapeutique était l'énucléation de l'œil gauche, ne serait-ce qu'au point de vue prophylactique pour l'œil droit.

Il est à remarquer combien il a été heureux que l'on puisse extraire le corps étranger enclavé dans une gangue fibrineuse en plein corps ciliaire, depuis 20 ans. Ce cas est des plus exceptionnels; on sait en effet qu'un corps étranger intra-oculaire métallique même magnétique s'entoure d'une réaction fibreuse très rapidement et qu'il est bien difficile, voire impossible dans la règle, de pouvoir l'extraire à l'électro-aimant passé plusieurs semaines ou plusieurs mois.

Le pronostic ultérieur nous paraît actuellement favorable, mais encore faut-il attendre quelques mois avant de parler de guérison parce qu'il reste à la place du corps étranger un foyer réactionnel qui peut irriter l'œil pendant encore longtemps.

Toujours est-il que si le malade guérit l'acuité visuelle restera basse quoiqu'ayant été longtemps bien compensée et malgré sa baisse rapide.

OBSERVATION N° 7

Cette observation nous a été obligeamment communiquée par Monsieur le Professeur Agrégé RENARD.

Madame B... Marie-Angèle, âgée de 64 ans, traitée par le Professeur RENARD depuis le mois de novembre 1943 nous apprend que depuis septembre de la même année sa vue était troublée par de fins pointillés noirs; ce trouble était continu et prédominait à gauche.

Un traitement médical à base de calcium et de septicémine, et le port de verres correcteurs prescrits par un oculiste, étant demeuré sans effet, la malade est allée consulter le Professeur RENARD, qui diagnostique une uvéite torpide sans hypertension et sans signe inflammatoire.

Le traitement médical est poursuivi après que l'examen général et un interrogatoire minutieux n'eurent pu rattacher cette uvéite à une cause bien déterminée : on ne retrouvait en effet dans les antécédents que quelques poussées anciennes de rhumatisme articulaire aigu et un léger rhumatisme déformant à deux doigts de la main gauche.

A l'examen du 22 février 1944, on trouve :

A l'œil gauche :

Une légère injection périkératique.

Une pupille irrégulière du fait de la présence de synéchies et qui ne réagit que faiblement à la lumière.

Des milieux clairs.

Un fond d'œil normal.

A l'œil droit :

Une très légère injection périkératique.

Quelques synéchies irido-cristalliniennes rendant la pupille irrégulière.

Des milieux clairs et un fond d'œil normal.

La lampe à fente met en évidence des deux côtés de fins pré-

cipités sur la membrane de DESCOMET et des exsudats du bord pupillaire.

L'acuité visuelle est inférieure à 1/10^e à gauche, de 3/10^e à droite.

Le champ visuel est normal des deux côtés.

Enfin, la tension oculaire est :

de 30 mm. de mercure à gauche (SCHIOTZ)

de 25 mm. de mercure à droite (SCHIOTZ).

Devant cette uvéite hypertensive bilatérale, un collyre à la pilocarpine et des instillations de pommade à la mydriédrine sont prescrits.

La malade est revue le

11 mai 1944

La vision est identique.

L'état « uvéal » semble légèrement amélioré, mais la tension oculaire est de :

30 mm. de mercure à droite

35 mm. de mercure à gauche.

Le traitement est poursuivi.

Le 9 octobre 1944

La malade revient à la consultation, se plaignant d'une douleur frontale et temporale gauches ayant débuté en septembre et qui va s'intensifiant.

L'œil gauche n'est pas rouge, mais légèrement douloureux : on note quelques synéchies postérieures en bas : l'acuité visuelle est identique.

La tension est de 55 mm. de mercure (SCHIOTZ).

L'œil droit est calme, sa tension est de 35 mm. de mercure.

On fait une injection rétro-bulbaire de novocaïne-alcool à 60° sur l'œil gauche qui amène une sédation temporaire. On fait aussi une injection sous-conjonctivale d'adrénaline à 1 pour 1.000 qui ne rompt pas les synéchies.

Le 8 novembre 1944

Devant la baisse de l'acuité visuelle et la constance de l'hy-

pertension oculaire, le Professeur RENARD pratique une opération de LAGRANGE avec résection sclérale au couteau et iridectomie périphérique sur l'œil gauche.

Les suites opératoires sont normales, un hyphéma cède en quelques jours. Dans les jours qui suivent, l'œil a une tension basse et va bien.

Mais le 7 décembre

La malade revient à la consultation; elle présente une poussée d'irido-cyclite hypertensive bilatérale avec œdème cornéen et ébauche de séclusion.

L'instillation d'une goutte d'atropine demeure sans effet salulaire : la tension est à 45 millimètres de mercure pour les deux yeux.

On prescrit la pilocarpine (4 instillations par jour) et de la pommade à la mydriédrine; la malade doit revenir quelques jours après; une injection rétro-bulbaire de novocaïne-alcool devant être faite éventuellement.

Le 14 décembre 1944.

La poussée d'irido-cyclite semble s'atténuer mais la fistule sclérale est complètement obstruée.

La vision est identique à celle du premier examen pour l'œil droit; avec l'œil gauche la malade compte les doigts à 20 centimètres.

La lampe à fente montre des deux côtés :

— le reliquat d'œdème cornéen

— de fins précipités

et des synéchies à l'œil gauche

La tension oculaire, prise 5 heures après l'instillation de pilocarpine est de :

— 45 mm. de mercure à droite

— 35 mm. de mercure à gauche.

Le 19 décembre 1944,

La cornée est claire.

Le tonus oculaire un peu moins élevé.

Le 28 décembre 1944,

La poussée d'irido-cyclite s'est nettement améliorée : l'œil est calme, mais la tension oculaire est de :

40 mm. de mercure à droite.

50 mm. de mercure à gauche (BAILLART).

La lampe à fente montre encore quelques précipités à l'œil gauche.

L'étude du champ visuel révèle :

A droite un rétrécissement supérieur.

A gauche un rétrécissement supérieur et inféro-temporal.

On prescrit un collyre à la pilocarpine-éphédrine.

Le 10 janvier 1945.

L'œil gauche est calme, mais un peu douloureux et la tension oculaire élevée.

Le Professeur RENARD transforme alors l'iridectomie périphérique en iridectomie sphinctérienne. Il fait en même temps une petite sclérectomie.

Le lendemain, l'œil est calme, la fistule est plate, la tension paraît normale à l'appréciation digitale.

Depuis l'œil n'est plus douloureux, la tension s'est normalisée : par contre, à l'œil droit, l'hypertension persiste élevée : 45 mm. de mercure et,

Le 17 janvier 1945

Le Professeur RENARD pratique une sclérectomie type LAGRANGE

Le lendemain l'œil va bien, la tension est normale.

Le 24 janvier 1945.

La malade va bien, les yeux sont calmes.

Œil droit :

La sclérectomie filtre ; on observe un coussinet conjonctival, la tension oculaire est basse (appréciation digitale).

Œil gauche :

La sclérectomie ne filtre pas, mais la tension oculaire est normale (aux doigts).

COMMENTAIRES.

Nous sommes ici en présence d'une uvéite chronique hypertensive bilatérale à poussées subaiguës, sans étiologie précise.

Le traitement chirurgical nous montre l'insuffisance de l'iridectomie périphérique qui peut même aggraver l'uvéite.

L'iridectomie sphinctérienne avec sclérectomie s'est montrée ici l'opération de choix.

OBSERVATION N° 8

Madame L... Marie-Louise, âgée de 56 ans, consulte le 4 juillet 1944, dans le service d'ophtalmologie du Professeur RENARD à l'Hôpital Saint-Louis pour une baisse progressive de la vue portant sur les deux yeux depuis quelques mois.

A l'examen on constate :

- l'intégrité du segment antérieur à droite comme à gauche
- les pupilles en particulier sont normales, réagissent normalement.
- l'éclairage indirect au miroir plan met en évidence des opacités cristalliniennes vaguement cunéiformes et plus marquées à droite paraissant localisées dans la corticale postérieure
- on perçoit cependant le fond d'œil qui paraît normal
- l'examen biomicroscopique montre qu'il s'agit d'une cataracte corticale supérieure
- l'acuité visuelle est de :
 - 1/10° à droite
 - 3/10° à gauche avec — 0,50 dioptries
- le champ visuel périphérique est normal des deux côtés
- la tension oculaire est normale .

On décide de faire une extraction intra-capsulaire de l'œil droit si les examens le permettent.

— Les voies lacrymales sont perméables.

— Les urines sont normales.

— L'urée sanguine est à 0,30 gr.

— La glycémie est de 1,44 gr.

Seule une hypertension artérielle de 25-17 retarde la date de l'intervention, tandis qu'un traitement médical est institué contre cette hypertension artérielle.

L'intervention a lieu le 23 août 1944 (Docteur LELIÈVRE).

Oeil droit :

Après incision à la pique, agrandie aux ciseaux, iridectomie-sphinctérienne. La capsule prise à la pince de LAGRANGE se déchire; l'extraction d'un petit noyau suivi de nombreuses masses à l'aide de la curette et de la spatule. Réduction de l'iris. Suture conjonctivale. Esérine. Pansement.

Les suites opératoires sont normales jusqu'au huitième jour.

Alors qu'on enlève le pansement et que l'on met des lunettes fumées, l'œil devient rouge, douloureux photophobe, la chambre antérieure est claire, l'aire pupillaire est seule un peu trouble (masses) mais la pupille ne dilate pas malgré les mydriatiques.

La tension oculaire est élevée (appréciation digitale).

On fait alors des installations tri-quotidiennes de collyre de cocaïne-éphédrine à 2 % suivies de compresses chaudes et une injection sous-conjonctivales de cyanure de mercure à l'œil opéré, une fois par semaine.

Les signes régressent progressivement et la malade quitte l'hôpital un mois et demi après son entrée.

Au mois d'octobre (deux mois et demi après le début) la malade revient consulter.

L'œil opéré est rouge, douloureux, photophobe.

On note une injection pérkératique de l'œdème cornéen, derrière lequel on discerne un iris terne et des exsudats pupillaires.

La tension oculaire est de 55 mm. de mercure (SCHLOTZ).

Le Docteur LELIÈVRE prescrit :

- un collyre à la pilocarpine
- du biiodure de mercure per os
- des frictions d'onguent mercuriel.

Mais les jours suivants la douleur et la rougeur persistent. On observe une poussée d'hypertension (80 mm. de mercure) qui nécessite une injection rétro-bulbaire de novocaïne adrénalinée qui fait baisser relativement la tension oculaire.

L'injection sous-conjonctivale d'adrénaline aux quatre pôles demeure sans effet; on prescrit du glaucollyre et un traitement de choc (Docteur BRÉGEAT) : une série de 6 injections intra-veineuses de Dmelcos à dose croissante : une injection tous les 4 jours.

Dès la deuxième injection, la tension est normale, et l'œil est calme et blanc.

Comme les symptômes ont rétrocedé et que la malade n'a pas fait d'hyperthermie notable après chaque injection, ce traitement est abandonné et la malade quitte le service avec une prescription de :

- Salicylate de soude per os et
- Collyre à la mydriédrine (Docteur LELIÈVRE).

Le 31 octobre 1944

Nouvelle poussée aiguë d'uvéite hypertensive. On note :

- Une légère injection périkeratique
- de l'œdème cornéen
- des précipités sur la DESCOMET
- des exsudats dans le champ pupillaire
- la tension oculaire est de :
 - 75 mm. de mercure à droite (SCHIOTZ)
 - 35 mm. de mercure à gauche.

On fait une injection rétro-bulbaire de novocaïne-adrénaline suivie d'une ponction de la chambre antérieure au couteau, puis de l'instillation d'une goutte d'atropine.

Le lendemain les signes objectifs persistent, rougeur œdème cornéen; la tension est à 60 mm. de mercure (O. D.).

On pratique une nouvelle évacuation de l'humeur aqueuse à

la spatule et on instille à nouveau de l'atropine. L'amélioration n'est que relative : la tension oculaire persistante (56 mm. de mercure O. D.) fait modifier le traitement.

On reprend le traitement de choc par le Dmelcos.

A chaque injection la malade fait une poussée thermique à 38°5-39°.

Dès la deuxième injection la tension oculaire droite est à 40 mm. de mercure, la tension oculaire gauche est à 30 mm. de mercure. L'œil est à peine rouge et, au biomicroscope, les précipités de la DESCOMET ont disparu.

On poursuit donc le traitement jusqu'à 6 injections de Dmelcos.

Comme la tension oculaire est redevenue normale, on profite alors de cette accalmie pour sectionner la membranule au couteau (Docteur BRÉGEAT).

Les suites opératoires sont normales. La tension oculaire est même un peu basse pendant quelques jours.

La malade quitte l'hôpital avec une membranule bien ouverte et une acuité visuelle de 6/10° avec la correction (45° + 1 dioptrie) + 12 dioptries.

La vision à gauche est de 1/10°.

Le champ visuel périphérique est normal à droite et à gauche.

La lampe à fente ne montre pas de précipité.

Le fond d'œil est normal.

Mais la tension oculaire est rapidement remontée :

— à 50 mm. de mercure à droite

— à 32 mm. de mercure à gauche.

Le 21 décembre 1944.

V. O. D. = compte les doigts à 50 centimètres.

V. O. G. — 0.50 = 3/10°.

Le champ visuel est normal à droite comme à gauche.

Le fond d'œil droit montre une papille normale, mais le vitré est un peu trouble.

Le biomicroscope montre que la membranule est bien écartée et que la DESCOMET est nette.

A l'œil gauche le réflexe pupillaire est faible, le fond d'œil est mal visible en raison des opacités cristalliniennes.

La tension oculaire est de :

52 mm. de mercure à droite

28 mm. de mercure à gauche.

Dans ces conditions, on envisage une sclérectomie sur l'œil droit qui est faite le 3 janvier 1945 (Docteur BRÉGEAT) :

Injection rétrobulbaire de novocaïne adrénalinée 10 minutes avant l'intervention. Injection sous-conjonctivale de novocaïne adrénalinée dans la partie supérieure.

Taille d'un lambeau conjonctival jusqu'au limbe comme pour une intervention d'ELIOTT. L'aide tient ce lambeau au zénith tandis que l'opérateur taille du côté nasal à peu près sur le méridien de 2 heures un bec scléral au couteau comme dans l'intervention de LAGRANGE.

La corne irienne qui est en regard de la fistule est coupée. Mais le vitré qui fait hernie dans la chambre antérieure depuis la section de la membranule apparaît dans l'orifice de la sclérectomie.

Le lambeau conjonctival est suturé au fil.

Les suites opératoires sont normales et huit jours après :

— l'œil est calme,

— la fistule fitre bien, la conjonctive est soulevée en regard de la sclérectomie,

— la tension oculaire est normale au doigt.

Le 25 janvier 1945

l'œil est à nouveau photophobe,

la fistule est tarie,

la cornée, les milieux sont clairs,

le fond d'œil est normal,

l'acuité visuelle est de ($0^{\circ} + 5$ dioptries) $+ 8D = 2/10^{\circ}$,

la tension oculaire est de 45 mm. de mercure,

l'œil gauche est calme, sa tension oculaire est de 28 mm. de mercure.

Le 30 janvier 1945

La tension oculaire est de 60 mm. de mercure à l'œil droit; l'œil est pourtant calme, il n'y a pas de précipités sur la DESCÉMET.

On tente alors une cyclodialyse du côté temporal (Docteur BRÉGEAT) :

La spatule désinsère le tendon du muscle ciliaire sur un bon tiers de son étendue. L'humeur aqueuse s'écoule par l'orifice de la sclérotomie, mais elle est filante, mêlée au vitré de la chambre antérieure; celle-ci ne s'aplatit pas.

Le lendemain la tension demeure élevée mais deux jours après, l'œil est très hypotone et cette hypotonie va persister pendant 10 jours.

Vers le dixième jour la tension oculaire remonte et la malade quitte l'hôpital avec un œil encore un peu photophobe, encore un peu rouge :

- l'acuité est de 3/10^e avec verres correcteurs
- la tension est à 45 mm. de mercure.

On envisage alors d'instituer après un repos de quelques jours une série d'injections intraveineuses d'hyposulfite de soude.

COMMENTAIRES.

Nous avons ici un bel exemple d'irido-cyclite post-opératoire, après essai d'extraction intracapsulaire infructueux. Cette iridocyclite peut être due à la présence de masses, mais aussi à l'intervention elle-même.

Nous remarquons les excellents résultats du traitement de choc sur l'hypertension, mais ces résultats ont été éphémères.

La section de la membranule au décours d'une poussée n'a pas réussi en détendant l'iris à juguler l'hypertension.

Devant la persistance de cette hypertension qui s'accompagnait de phénomènes irritatifs et qui résistait à tous traitements médical, local et général, on a tenté une sclérectomie.

Celle-ci a été faite au couteau comme dans l'opération de LAGRANGE pour éviter un traumatisme du corps ciliaire toujours possible avec le trépan d'ELIOTT, mais auparavant la conjonctive a été disséquée comme dans l'opération d'ELIOTT, seule façon de bien libérer d'avec la sclérotique les adhérences qui résultaient des interventions antérieures.

Malheureusement, la présence de vitré dans la chambre antérieure, en venant obstruer la fistule a contre-carré les effets de la sclérectomie que l'état inflammatoire risquait déjà d'obstruer.

Les chances n'ont pas été plus grandes avec la cyclodialyse; le vitré qui se trouvait dans la chambre antérieure s'est en effet engagée entre l'uvée et la sclère enlevant à la cyclodialyse tout résultat durable.

Il eut mieux valu tenter la sclérectomie ou la cyclodialyse avant la section de la membranule, c'est-à-dire avant que le vitré ne soit dans la chambre antérieure.

Mais on pensait juguler l'uvéite hypertensive en détendant l'iris par une large section de la membranule au couteau.

Quoi qu'il en soit, cette observation montre qu'il est des Uvéites hypertensives qui résistent à tout traitement tant médical que chirurgical.

CONCLUSIONS

I. — Le syndrome hypertensif au cours des uvéites est variable avec la cause, mais aussi avec le terrain.

Nous n'avons pas trouvé de parallélisme absolu entre l'intensité de l'hypertension et l'intensité de l'uvéite pour les uvéites séreuses.

Les uvéites purulentes sont hypertensives aiguës directement comme les uvéites séreuses ou indirectement par la séclusion pupillaire qu'elles déterminent.

Contrairement au glaucome chronique, ce syndrome hypertensif est longtemps bien compensé et ce n'est qu'après un temps relativement long qu'il détermine des troubles du champ visuel et une altération pupillaire.

II. — Si l'indication thérapeutique est facile à poser dans le cas de la séclusion pupillaire, il est difficile dans tous les autres cas car :

- dans les iridocyclites aiguës, un dilemme lourd de conséquences se pose : faut-il employer les myotiques ou les mydriatiques ?
- dans les uvéites chroniques hypertensives qui ne cèdent pas au traitement médical, doit-on se contenter de faire une iridectomie ou vaut-il mieux pratiquer une scléro-iridectomie ?

A la lueur de nos observations, nous pensons que :

- a) l'atropine, judicieusement et prudemment employée chaque fois qu'on le pourra après rétrobulbaire ou ponction de la chambre antérieure, donne parfois de meilleurs résultats que la pilocarpine dont les effets hypotenseurs ne sont pas aussi marqués que dans le glaucome chronique. L'adrénaline en collyre à 1 % (glaucolloyre) et en injections sous-conjonctivales est un médicament précieux,
- b) la sclérectomie combinée à l'iridectomie sphinctérienne donne de meilleurs résultats que l'iridectomie sphinctérienne seule dans la plupart des cas.

Mais la clé du problème demeure dans le traitement étiologique; celui-ci prime tout, mais est souvent très difficile à appliquer.

Vu, le Doyen :
BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :
VELTER

Vu et Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
G. ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- BEAUVIEUX et SICARD. — Traitement de la tuberculose oculaire d'après *Thèse de Bordeaux* 1912.
- BOGORAZ (E.). — De l'hypertension au cours des Irido-Cyclites. (*Thèse de Paris* 1931).
- CARRÈRE. — Glaucome primitif aigu et infection. (*Bull. Sté Méd. et Biol. de Montpellier*, 1922-1923).
- COPPEZ. — Les Irido-Cyclites avec hypertension. (*Bull. Sté Belge d'Opht.*, nov. 1930).
- DUCOUREAU. — De l'Iritis consécutive aux sinusites postérieures. (*Thèse Lyon* 1925).
- DUNN (J.). — Iritis et choroïdites d'origine Tonsillaire. (*Arch. Opht.*, 1917).
- DUVERGER et VELTER. — Thérapeutique chirurgicale ophtalmologique, 1926.
- La sclérecto-iridectomie de LAGRANGE dans le traitement du glaucome chronique. (*Congrès d'Opht.* Amsterdam — La Haye, 1929).
- GOLDZEIHER (de Budapest). — Iritis glaucomateuse. (*Zentralblatt für Augenheilkunde*, 1899).
- GOURFEIN. — Diagnostic de la tuberculose de l'iris par la ponction de la chambre antérieure; son traitement. (*Revue médicale Suisse Romande*, avril 1903).
- HAMBRESIN. — La thérapeutique de choc en Ophtalmologie. (*Rapport à la Sté Fse. d'Opht.*, mai 1938).

- KOEPPE. — Rôle des pigments de l'Iris dans le glaucome. (*Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde*, 1911).
- KOSTER. — Traitement de la tuberculose oculaire par la tuberculine. (*Ned. Tij.* Genève 1906).
- LAGRANGE (H.) et MARCQ (P.). — Iritis aiguë et infection dentaire. (*Bull. Sté Fse d'Opht.*, mai 1934).
- LARSEN. — Sur le traitement des Iritis glaucomateuses. (*Archiv für Ophthalmologien*, 1925).
- LEMAITRE. — Complications orbito-oculaires des sinusites. (*Sté Fse d'O. R. L.*, Paris 1921).
- LEMOINE et VALOIS. — Biomicroscopie oculaire.
- MAGITOT. — Glaucome et problème pathogénique. (*Ann. d'Ocul.*, 1924, p. 367).
- MALLING. — Rapports entre Irido-cyclites et glaucome. (*Acta Ophthalmologica*. Vol. I fas. 2 et 3. 1923).
- MAWAS. — Biomicroscopie de la chambre antérieure de l'iris et du corps ciliaire. (*Ann. d'Ocul.*, 1928, p. 521).
- ONFRAY-PLICQUE et DUCLOS. — Irido-cyclites torpides et tuberculose. Indications thérapeutiques médicales et opératoires. (*Bulletin Sté Fse d'Opht.*, mai 1930).
- ONFRAY et LUMIÈRE. — Note sur la fistulisation cornéo-sclérale dans les iritis tuberculeuses avec hypertonie. (*Arch. d'Opht.*, juin 1933, p. 146).
- PACALIN. — De l'emploi de l'atropine et des fonctions de cornée dans le traitement des irido-cyclites avec hypertonie. (*Ann. d'Ocul.*, 1934, p. 237).
- PERRIN. — De la paracentèse de la chambre antérieure dans les irido-choroïdites chroniques. (*Bull. Sté Fse d'Opht.*, mai 1924).
- PESME (P.). — Etude au microscope cornéen et à la lampe à fente d'un iris glaucomateux. (*Arch. d'Opht.*, 1924).

- SEZARY. — Le traitement de la syphilis, 1937.
- TERRIEN et VEIL (P.). — De certains glaucomes soi-disant primitifs. (*Arch. Opht.*, 1929, p. 333).
- SAINT MARTIN (de). — Complications des extractions de cataracte. (*Traité d'ophtalmologie*, 1939, Tome VII).
- SCHIECK. — Nature de l'Iritis séreuse et ses rapports avec la cyclite et le glaucome. (*Zentr. für Augenheilkunde*, 1920).
- TEULIÈRES et BEAUVIEUX. — Maladies de l'Iris et du corps ciliaire. (*Traité d'Ophtalmologie*, 1939, Tome V).
- TOOKE (T.). — Quelques caractéristiques du glaucome secondaire à l'Irido-cyclite. (*Arch. Opht.*, 1928).
- URIBE (Y.), TRONCOSO. — Sur la filtration de l'œil et son rôle dans la pathologie du glaucome. (*Ann. d'Ocul.*, 1905).
- WANEMANN (E.). — Affections du tractus uvéal. (*Encyclopédie Ophtalmologique*, vol. V).
- WEEKERS (L.). — Traitement de l'hypertension oculaire compliquant les irido-cyclites. (*Arch. Opht.*, 1936, p. 166).
- WEINGOTT (de Varsovie). — Pathogénie, étiologie et traitement de l'Irido-cyclite glaucomateuse. (*Arch. Opht.*, 1936, p. 672).
- WORMS (G.). — Irido-cyclite grave d'origine dentaire. (*Revue de Stomato.*, janv. 1936).
- WORMS et LE MÉE. — Les foyers amygdaliens source d'infections secondaires. (*Rapport au Congrès Français d'O. R. L.*, Oct. 1930).
-

